Agnes de Fátima Pereira Cruvinel
Graciela Soares Fonsêca
Maíra Rossetto
(Organizadoras)

A SAÚDE COLETIVA NO CURSO DE MEDICINA, CAMPUS CHAPECÓ:

O ENSINO COM PESQUISA E EXTENSÃO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA HUMANISTA E CIDADÃ

A SAÚDE COLETIVA NO CURSO DE MEDICINA, *CAMPUS* CHAPECÓ

O ENSINO COM PESQUISA E EXTENSÃO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA HUMANISTA E CIDADÃ

Agnes de Fátima Pereira Cruvinel

Graciela Soares Fonsêca

Maíra Rossetto

(Organizadoras)

UNIVERSIDADE
FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL

Revisão dos textos	Autores
Preparação e revisão final	Marlei Maria Diedrich
Projeto gráfico e capa	Paolo Marlorgio Studio
Diagramação	Paolo Marlorgio Studio
Divulgação	Diretoria de Comunicação Social
Formatos	e-Pub, Mobi, PDF e impresso

Livro produzido com apoio da Fundação Araucária, através do Programa de apoio a publicações científicas – fortalecimento de editoras (Chamada pública 23/2018).

Coordenador do projeto: **Antonio Marcos Myskiw**

S255 A saúde coletiva no curso de medicina, campus Chapecó: o ensino com pesquisa e extensão para a formação médica humanista e cidadã / organizadoras: Agnes de Fátima Pereira Cruvinel, Graciela Soares Fonsêca, Maíra Rossetto. – Chapecó : Ed. UFFS, 2022.

ISBN: 978-65-5019-023-1 (PDF)
978-65-5019-024-8 (MOBI)
978-65-5019-022-4 (E-PUB)

1. Medicina. 2. Educação médica. 3. Ciências médicas. 4. Medicina – Estudo e ensino. 5. Ensino superior – Pesquisa. I. Cruvinel, Agnes de Fátima Pereira (org.). II. Fonsêca, Graciela Soares (org.). III. Rossetto, Maíra (org.). IV. Título.

CDD: 610.711

Ficha catalográfica elaborada pela
Divisão de Bibliotecas – UFFS
Vanusa Maciel
CRB - 14/1478

Dedicamos este livro a todos e todas que,
como nós, constroem os novos cursos
de Medicina e lutam diariamente para
formar médicos críticos, reflexivos e éticos,
qualificados para transformar a realidade
em que estarão envolvidos futuramente.

Essa é a nossa missão!

“Mudar é difícil, mas é possível.”

(Paulo Freire, Pedagogia dos Sonhos Possíveis)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 07

I ESTRATÉGIA DE ENSINO COM PESQUISA E EXTENSÃO NO CCR SAÚDE COLETIVA: PRODUÇÕES AO LONGO DOS QUATRO PRIMEIROS ANOS DO CURSO DE MEDICINA DA UFFS – *CAMPUS* CHAPECÓ 11

2 "*PROJETO LUZES*": UM ENCONTRO DE MÚSICA E POESIA PARA HUMANIZAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO CUIDADO DO PACIENTE ONCOLÓGICO 23

3 VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA DA UFFS, *CAMPUS* CHAPECÓ, NA REALIZAÇÃO DE UM PROJETO DE EXTENSÃO NO COMPLEXO PRISIONAL DE CHAPECÓ 35

4 VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DE MEDICINA EM SAÚDE DO TRABALHADOR, COM ENFOQUE NA SILICOSE, NOS ANOS DE 2016 E 2017 52

5 LIGA ACADÊMICA DE SAÚDE DA MULHER COMO PROJETO DE EXTENSÃO: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DE MEDICINA E DE ENFERMAGEM 76

6 PROJETO SOCORRISTA: PRIMEIROS SOCORROS, RECONHECIMENTO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA 98

7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O SUS: CONTRIBUINDO PARA SENSIBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE 110

8 EXTENSÃO EM SAÚDE COLETIVA: ASPECTOS RELEVANTES DO PROJETO “RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE – LABPICS” 134

9 EXPERIÊNCIA EM EXTENSÃO DE SAÚDE COLETIVA NO CURSO DE MEDICINA: YOGA E MEDITAÇÃO EM BUSCA DE TRANQUILIDADE E CONCENTRAÇÃO NO COTIDIANO DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL 148

10 EXTENSÃO EM SAÚDE COLETIVA NO CURSO DE MEDICINA: HORTO MEDICINAL NO MODELO DO RELÓGIO BIOLÓGICO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA EM SEARA (SC) 165

11 ITINERÁRIO FORMATIVO EM PESQUISA NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA: POTENCIALIDADES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS 179

12 MORBIDADE HOSPITALAR DE CÂNCER INFANTOJUVENIL NO ESTADO DE SANTA CATARINA, NO PERÍODO DE 2008 A 2018 189

13 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDANTES DAS QUATRO TURMAS INICIAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFFS, *CAMPUS* CHAPECÓ 212

14 PESQUISA SOBRE ATIVIDADE FÍSICA NA PRIMEIRA INFÂNCIA 242

15 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SERVIÇO DE ATENÇÃO E TERAPIAS À SAÚDE DO TRABALHADOR DE CHAPECÓ-SC, 2017-2018: AVALIAÇÃO DOCUMENTAL 248

16 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR (SAST) DE CHAPECÓ: A EXPERIÊNCIA DA PESQUISA DE CAMPO NO COMPONENTE CURRICULAR DE SAÚDE COLETIVA 264

17 A FORMAÇÃO MÉDICA PROMOVIDA PELA UFFS, *CAMPUS* CHAPECÓ, A PARTIR DO ENSINO COM PESQUISA 290

AUTORES E COLABORADORES 305

APRESENTAÇÃO

A educação médica no Brasil vem passando por transformações diversas, processo intensificado durante a Reforma Sanitária e reforçado pela bandeira de luta pela saúde como direito universal. No bojo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), surge a necessidade de profissionais de saúde qualificados para atuar na lógica do conceito ampliado de saúde e da integralidade.

Nesse sentido, destacam-se, na lista de propostas indutoras de mudanças, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a Graduação em Medicina, em suas duas versões (2001 e 2014), que estimulam a mudança de foco do hospital, da técnica, da especialização e da fragmentação – características que marcaram a formação médica ao longo dos anos – para a contextualização, a integração, a aplicação de produtos e de conhecimentos, a humanização e a responsabilidade social.

Intensificando esse processo, o Programa Mais Médicos fomentou a ampliação de vagas de Graduação em Medicina em regiões que apresentavam escassez de profissionais e cujos indicadores sociais e de saúde também reforçavam a necessidade de melhorar os serviços, especialmente de Atenção Primária. Nesse contexto, a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó, localizada no estado de Santa Catarina, foi contemplada, em 2015, com quarenta (40) vagas anuais de Graduação em Medicina.

O curso foi organizado com base nas DCN de 2014, exigindo, dentre outras questões, o protagonismo do estudante na construção do conhecimento e a incorporação de metodologias ativas de aprendizagem. Além

disso, outra característica marcante da formação médica neste curso é a presença do campo da Saúde Coletiva como eixo estruturante e articulador do processo formativo. Na matriz curricular, a Saúde Coletiva está presente da primeira à oitava fase do curso e é responsável por trabalhar temas relacionados ao SUS e às políticas públicas de saúde, contribuindo para desenvolver competências no âmbito da clínica ampliada e da produção do cuidado em saúde. A organização dos Componentes Curriculares Regulares (CCR) prevê aulas teóricas, inserção em serviços de saúde desde o início do curso e o desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão em temas de interesse para os CCR.

Essa organização, a despeito dos inúmeros desafios que impõe, permite vivências variadas e mescla metodologias de aprendizagem, aproximando-se de um modelo formativo inovador e coerente com as exigências das DCN. Para viabilizar a proposta, oito docentes com formação de graduação distintas (Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Fonoaudiologia e Odontologia) e pós-graduação em Saúde Coletiva ou áreas correlatas organizam e conduzem aulas teóricas e atividades tutoriais em serviços de saúde, bem como atividades de pesquisa e extensão no âmbito dos CCR.

Nesse sentido, esta obra apresenta experiências formativas singulares, inovadoras e ousadas vivenciadas nos CCR de Saúde Coletiva, ao passo que o Curso de Medicina da UFFS – *Campus* Chapecó consolida o seu compromisso de formar médicos alinhados com as demandas sociais e com o SUS. Ao incluir a pesquisa e a extensão como metodologias de aprendizagem que colocam o estudante como centro do processo, fomenta-se o perfil crítico, reflexivo e ético desejado pelas DCN de 2014.

O livro foi organizado em duas partes, que se constituem de dezessete (17) capítulos escritos a muitas mãos e muitos olhares, revelando o potencial da inclusão da extensão e da pesquisa nos currículos de gra-

duação no sentido de transformar os cursos e aproximá-los da sociedade. A primeira parte apresenta dez (10) experiências extensionistas desenvolvidas nos anos iniciais de implantação do curso, no âmbito dos CCR de Saúde Coletiva, e traz uma diversidade de temas, cenários, público-alvo e estudantes envolvidos. Na segunda parte, são apresentadas sete (07) experiências e resultados da participação dos estudantes em projetos de pesquisa. Assim como na extensão, os temas foram diversos, e as propostas tiveram o objetivo maior de gerar resultados capazes de responder às necessidades de saúde da população e/ou atender às demandas de formação dos estudantes.

Os temas trabalhados, sejam no âmbito da pesquisa ou da extensão, foram eleitos em função das demandas sociais e da “expertise” dos docentes. A participação dos estudantes nas propostas, além de corresponder a uma tarefa obrigatória dos CCR, foi dotada de protagonismo, permitindo experiências marcantes que contribuem para alcançar a aprendizagem significativa.

As organizadoras

1 ESTRATÉGIA DE ENSINO COM PESQUISA E EXTENSÃO NO CCR SAÚDE COLETIVA: PRODUÇÕES AO LONGO DOS QUATRO PRIMEIROS ANOS DO CURSO DE MEDICINA DA UFFS – *CAMPUS* CHAPECÓ

Graciela Soares Fonsêca
Lílian Basseggio
Venir Baldissera

1 INTRODUÇÃO

A partir das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Graduação em Medicina, a Saúde Coletiva, compreendida como um campo de saberes e práticas, passa a ter um importante espaço na estrutura curricular, representando um Componente Curricular Regular (CCR) que tem o papel de promover a integração entre conteúdos e conhecimentos na formação do profissional médico, com vistas a prepará-lo para a realidade da saúde brasileira. Além disso, propõe ferramentas que visam qualificar o futuro médico para olhar além das esferas física e mental, percebendo como os determinantes sociais podem influenciar direta e indiretamente na saúde (BRASIL, 2014).

Enquanto CCR do Curso de Medicina da UFFS – *Campus* Chapecó, está presente diretamente em oito de doze semestres, sendo também parte importante dos outros quatro semestres de internato. Pedagogicamente, os CCR estão organizados por meio de metodologias que colocam o estudante como centro do processo, visando à construção de conhecimentos significativos (ZANOLLI *et al.*, 2004; MITRE *et al.*, 2008). Nesse

contexto, nos CCR de Saúde Coletiva I a VI, um terço da carga-horária (02 créditos) destina-se ao ensino por meio de projetos, sejam eles de pesquisa ou de extensão (UFFS, 2018).

A organização e o desenvolvimento das atividades de pesquisa e extensão dentro do CCR ocorrem a partir de problemáticas que envolvem a saúde coletiva, eleitas por docentes e estudantes organizados em grupos tutoriais. Busca-se promover questionamentos, problematização, argumentação, produção escrita e/ou intervenção, relacionados aos temas elencados pelos diferentes grupos. Essa estratégia de ensino corrobora os objetivos do CCR e visa propiciar a construção de conhecimentos pautados na realidade do cotidiano do trabalho em saúde.

Deseja-se criar situações para que os estudantes possam lidar com princípios inerentes ao ato de pesquisar, como o questionamento, a argumentação, a produção escrita e o diálogo permanente entre situações cotidianas e os conteúdos curriculares, sem requerer, necessariamente, o desenvolvimento de um projeto de pesquisa na sua acepção clássica (LIMA; GRILLO, 2008).

Por configurar-se como uma estratégia de aprendizagem ativa, o ensino com projetos permite a construção de conhecimentos que oportunizam crescimento e o desenvolvimento do ser em sua integralidade, envolvendo aspectos intelectuais, afetivo-emocionais, habilidades, atitudes e valores (OLIVEIRA, 2013). Estratégias de ensino como essa contribuem para edificação de uma educação libertadora, ancorada na resolução de problemas e na construção de conhecimentos novos a partir das experiências de cada indivíduo (FREIRE, 2008), em contraposição aos processos de ensino ditos tradicionais que favorecem uma postura reprodutiva e acrítica (BERBEL, 2012).

Assim, o ensino com projetos de pesquisa e/ou extensão configura-se como uma potente ferramenta para contribuir com a formação do

médico crítico e reflexivo qualificado para intervir de maneira efetiva no processo saúde doença, com responsabilidade social, conforme requerem as DCN para a formação médica (BRASIL, 2002).

Os CCR de Saúde Coletiva do Curso de Medicina da UFFS ousam ao desafiar o ensino tradicional e incorporar o ensino com projetos em seus planos de ensino. Após três anos de desenvolvimento, não há dúvidas relacionados aos benefícios da proposta, mas a experiência de cada semestre vem desvelando inúmeros desafios e oferecendo subsídios para que a estratégia seja aperfeiçoada e potencializada.

Este capítulo objetiva apresentar as produções derivadas dos quatro primeiros anos da prática de ensino com projetos de pesquisa e/ou extensão nos CCR de Saúde Coletiva do Curso de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó e refletir brevemente sobre a estratégia.

Foi realizada uma busca por trabalhos científicos nas bases de dados dos eventos científicos realizados pela UFFS a partir de 2015, ano em que o Curso de Medicina foi iniciado – VI, VII, VIII e IX Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão (SEPE) da UFFS, I Semana Acadêmica do curso de Medicina, I Semana de Urgência e Emergência (SUE) da UFFS, I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde (CIPPS) - utilizando a ferramenta de busca nos sites dos eventos a partir dos nomes dos docentes responsáveis pelos componentes de Saúde Coletiva. Além disso, foi solicitado que os professores do CCR apontassem os trabalhos publicados em eventos ocorridos fora da UFFS.

Os trabalhos foram organizados em uma planilha e compartilhados com o grupo de docentes que atuaram nos CCR de Saúde Coletiva nesse período para que fizessem uma "filtragem", devendo permanecer apenas os trabalhos que foram oriundos das atividades de ensino com pesquisa e/ou extensão dos CCR de Saúde Coletiva.

2 SÍNTESE DAS PRODUÇÕES

Entre agosto de 2016 e junho de 2020, foram produzidos cinquenta e oito (58) resumos de trabalhos para apresentação em eventos científicos, a partir das atividades de pesquisa e/ou extensão desenvolvidas pelos CCR de Saúde Coletiva do Curso de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó. Desse total, cinquenta e cinco (57) resumos foram publicados nos Anais dos eventos científicos. Além disso, houve a publicação de cinco (05) artigos científicos e um (01) capítulo de livro redigidos a partir dos trabalhos desenvolvidos.

Os trabalhos foram publicados em anais de dezesseis (16 eventos) científicos com a participação de mais de cem (100) autores que envolvem professores e estudantes matriculados em diferentes fases do curso. No ano de 2016, foram publicados nove (09) trabalhos em anais de eventos científicos; em 2017 foram onze (11) trabalhos; em 2018, vinte e três (22) trabalhos e em 2019, treze (14) trabalhos. As temáticas desenvolvidas são abrangentes e estão ligadas às linhas de pesquisa/extensão dos docentes responsáveis pelos projetos. Na sequência, apresentam-se os trabalhos distribuídos por evento científico e por ano:

VI Seminário de Ensino Pesquisa e Extensão (SEPE) da UFFS – 2016 (Anais)

1) Caracterização socioeconômica e do estilo de vida de pessoas acometidas concomitantemente por hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus Tipo II na cidade de Chapecó – SC: desenho de estudo e protocolo;
2) Conhecimento de discentes da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó, sobre o modo de administração e os efeitos benéficos e adversos das pílulas anticoncepcionais;

3) Diagnóstico de transtornos depressivos na Atenção Básica;
4) Incidência de silicose na região de Chapecó/SC de 2007 a 2014;
5) Percepções a respeito do sofrimento mental na Atenção Básica;
6) Características dos partos em hospital referência de Chapecó: em coleta de dados;
7) Tendência de mortalidade por câncer de brônquios e pulmões em um município no oeste de Santa Catarina;
8) Pílulas da Felicidade: Prescrição de psicofármacos na Atenção Básica em um município da região oeste de Santa Catarina.

7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária – 2016 (Anais)

1) Incidência de silicose na região de Chapecó/SC de 2007 a 2014.

3º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental – 2017 (Anais)

1) Caminhos percorridos na investigação sobre o sofrimento mental na Atenção Básica: dilemas, entraves e sucessos;
2) Sofrimento mental na Atenção Primária à Saúde: revisão sistemática.

VII Seminário de Ensino Pesquisa e Extensão (SEPE) da UFFS – 2017 (Anais)

1) Perfil discente do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul;
2) A qualificação dos profissionais da saúde para o estabelecimento de nexo causal entre o trabalho e pneumoconioses, em especial a silicose, no período de 2007-2014;
3) Análise das ações e serviços relacionados a pneumoconioses, em especial à silicose, na região de Chapecó;

4) Produção do cuidado em saúde mental: Abordagem na Atenção Básica em município do oeste catarinense;
5) Produção do cuidado em saúde mental: protocolo de pesquisa na atenção básica de Chapecó;
6) Níveis de atividade física de lazer em adultos cadastrados em uma Associação de Diabéticos e Hipertensos de Chapecó (SC);
7) Sofrimento mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Sistemática;
8) Um amor para não lembrar: O Programa Guardião Maria da Penha, do 2º Batalhão da Polícia Militar/Fronteira – Chapecó (SC);
9) Análise do uso de benzodiazepínicos por usuários na atenção básica de saúde em um município do Oeste Catarinense (Não foi publicado);
10) Produção do cuidado em saúde mental: abordagem na Atenção Básica em um município do oeste catarinense (Não foi publicado).

I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde (CIPPS) – 2018 (Anais)

1) Análise da Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional;
2) Análise do uso de benzodiazepínicos por usuários na Atenção Básica de Saúde em um Município do oeste Catarinense;
3) Caracterização da prescrição de Psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde: diferenciais rurais e urbanos;
4) Homicídios em Chapecó: Análise da violência por arma de fogo entre 1994 e 2016;
5) Intervenções autorreferidas por puérperas durante o parto vaginal;

6) Itinerário formativo em pesquisa na graduação em Medicina: potencialidades, desafios e perspectivas;
7) Mudanças na formação médica brasileira: Percepções e expectativas de estudantes de um curso inovador;
8) Transtornos e sofrimento mental: A Importância do prontuário do paciente na Rede de Atenção à Saúde.

I Semana de Urgência e Emergência (SUE) da UFFS – 2018 (Anais)

1) Características sociodemográficas na Atenção Básica: Contribuições das informações em saúde no Observatório Geográfico da Fronteira Sul;
2) Caracterização dos Núcleos Universitários de Apoio Psicossocial aos Estudantes de Medicina da Região Sul do Brasil;
3) Criação de um vídeo como ferramenta de sensibilização ao envelhecimento saudável.

12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – 2018 (Anais)

1) Caracterização dos estudantes de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Chapecó;
2) O Sofrimento Mental no contexto da Atenção Básica: um estudo no município de Chapecó (SC).

VIII Seminário de Ensino Pesquisa e Extensão (SEPE) da UFFS – 2018 (Anais)

1) Fatores associados à dor lombar em brasileiros: Protocolo de Revisão Sistemática;
2) Haitianas no Sistema Único de Saúde: Subsidiando a formação Médica e instrumentalizando ações na Atenção Básica;

3) Estudo de doenças transmissíveis no sistema prisional de Chapecó-SC;
4) Parto vaginal natural e seus benefícios;
5) Pesquisa como estratégia de ensino em Saúde Coletiva: Uma experiência no Curso de Medicina da UFFS em Chapecó;
6) Práxis em Saúde: contribuições à conformação de práticas resolutivas e acolhedoras na abordagem ao sofrimento mental;
7) Saúde do idoso na formação médica: experiência de acadêmicos da UFFS, *Campus* Chapecó;
8) Soroconversão do Hbsag em portadores de Hepatite B crônica no município de Chapecó (SC);
9) Tendência de mortalidade relacionada ao linfoma não Hodgkin: comparativo entre Chapecó (SC) e o cenário nacional.

IX Seminário de Ensino Pesquisa e Extensão (SEPE) da UFFS – 2019 (Anais)

1) A pesquisa como estratégia de ensino: experiência na formação médica;
2) Experiências adquiridas durante o processo de construção do projeto de pesquisa sobre transtornos mentais comuns em estudantes de medicina;
3) Perfil dos usuários do Sistema Único de Saúde em busca das práticas integrativas e complementares em saúde;
4) Desigualdades inter e intrarregionais da taxa de letalidade por acidentes de trabalho em Santa Catarina, no período de 2002 a 2016;
5) Desigualdades inter e intrarregionais da mortalidade proporcional decorrente de acidentes de trabalho em Santa Catarina, no período de 2016 a 2019;

6) Aspectos da situação socioeconômica dos estudantes de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Chapecó;
7) Perfil sociodemográfico dos estudantes do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Chapecó;
8) Morbidade de câncer infantojuvenil em Santa Catarina: internações por Linfoma Não Hodgkin no período de 2008 a 2016.

IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde (GeoSaúde) – 2019 (Anais)

1) Sofrimento mental Atenção Básica: Abordagens da literatura brasileira.

37º Seminário de Extensão da Região Sul (SEURS) – 2019 (Anais)

1) A Saúde Coletiva no programa de extensão Terra Solidária: Ampliando as fronteiras da formação médica.

XXI Congresso Gaúcho de Educação Médica (CGEM) – 2019 (Anais)

1) Ensino atrelado à pesquisa no Componente Curricular em Saúde Coletiva: perspectivas, reflexões e potencialidades.

15º Congresso Brasileiro de Clínica Médica e 5º Congresso Internacional de Medicina de Urgência e Emergência – 2019 (Anais)

1) A nova "cara" da formação médica: caracterização socioeconômica dos estudantes de uma universidade pública e popular da região sul do Brasil.

XXI Congresso Gaúcho de Educação Médica (CGEM) – 2019 (Anais)

1) Formação médica e cuidado para o sofrimento mental: percepção de médicos da Atenção Básica de um município do oeste catarinense.

1º Simpósio Sul-Brasileiro Multiprofissional de Oncologia Clínica e Cirúrgica – 2019 (Anais)

1) Análise documental em relação ao fluxo de assistência ao câncer infantojuvenil.

Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (RECOM) – 2019 (Artigo científico)

1) Fatores associados ao relato de episiotomia em parturientes atendidas em um hospital do oeste catarinense.

Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde – 2019 (Artigo científico)

1) Atividade física e dor lombar em brasileiros: uma revisão sistemática.

Revista Paulista de Pediatria – 2020 (Artigo científico)

1) Systematic review of physical activity and sedentary behavior indicators in South-American preschool children.

Conexões da Saúde Mental e Território – Coleção Geografia da Saúde – 2020 (Capítulo de livro)

1) Sofrimento Mental Atenção Básica: abordagens da Literatura Brasileira.

Revista de Enfermagem da UFSM – 2020 (Artigo científico)

1) Fatores associados à cesariana eletiva em mulheres atendidas em um hospital referência do oeste catarinense.

Revista Expressa Extensão – 2020 (Artigo científico)

1) Promoção de eventos de extensão a partir dos Resultados de um projeto de pesquisa sobre sofrimento mental na Atenção Básica.

A diversidade temática, bem como o número expressivo de produtos mensuráveis dessa estratégia, aliados à avaliação realizada por estudantes e docentes ao longo do desenvolvimento das atividades demonstram a relevância da inclusão de inovações no ensino médico. Processos tradicionais, que não priorizam o estudante como centro do processo, não são suficientes para alcançar o perfil desejado nos documentos normativos ou para atender às necessidades da população.

Os quatro anos de experiência no desenvolvimento de ensino com projetos de pesquisa/extensão no âmbito do CCR Saúde Coletiva, a despeito de uma série de dificuldades e limitações que emergem e são contornadas a cada semestre e que serão explicitadas ao longo deste livro, revelam o potencial formativo dessa estratégia de ensino na formação médica.

REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**,v. 32, n. 1, p. 25-40, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de**, 2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014, Seção 1, p. 8-11.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 47. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

LIMA, V. M. R.; GRILLO, M. C. A pesquisa em sala de aula. *In*: FREITAS, A. L. S.; GESSINGER, R. M. (org.). **A gestão da aula universitária na PUCRS**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

MITRE, Sandra Minardi *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008.

OLIVEIRA, G. A. Uso de metodologias ativas em Educação Superior. *In*: CECY, C.; OLIVEIRA, G. A.; COSTA, E. M. M. B. organizadores. **Metodologias Ativas**: Aplicações e Vivências em Educação Farmacêutica. Brasília (DF): ABENFARBIO; 2013. p. 15-40.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL (UFFS). **Decisão nº 15/CONSUNI CGAE/UFFS/2018**, Aprova a reformulação do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina - Bacharelado, do *Campus* Chapecó da Universidade Federal da Fronteira Sul. Disponível em: https://www.uffs.edu.br/atos-normativos/ppc/ccmech/2018-0001. Acesso em: 26 maio 2019.

ZANOLLI, M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. *In*: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 40–61.

2 *PROJETO LUZES*: UM ENCONTRO DE MÚSICA E POESIA PARA HUMANIZAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO CUIDADO DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Jéssica Daniela Schröder
Roger Augusto Carneiro Rucks
Marcos Dias Wordell
Luiz Henrique Correa Baggio
Gabriel Milan Ebers
Gabriella Garcia da Silva
Jullye Gavioli
Betânia Francisca dos Santos
Jonatha Wruck
Leoni Zenevicz
Agnes de Fátima Pereira Cruvinel

1 INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer é um momento delicado e conflituoso para o paciente, familiares e também para os profissionais da saúde. Após a confirmação do diagnóstico, o paciente e seus familiares percorrem um período de dúvidas, medos e insegurança em busca por informações e cura da doença. Estudos têm evidenciado que esses sentimentos são prejudiciais nesse período, pois interferem diretamente na tomada de decisões, prognóstico, nos laços sociais, familiares e econômicos do indivíduo (FIRMEZA *et al.*, 2017; JUVER *et al.*, 2008; BORGES *et al.*, 2006).

Nesse contexto, sabe-se que o bem-estar psicológico é um importante aliado de todas as pessoas envolvidas nesse processo, desde a família até a equipe que acompanha o paciente. A literatura mostra que

a promoção de um ambiente saudável na área da oncologia auxilia no alívio do sofrimento das pessoas nas diferentes etapas do processo de tratamento da doença, além de que, com o suporte psicológico, pode atuar também na prevenção de transtornos psicopatológicos secundários ao câncer, como transtorno de ansiedade generalizada e depressão (VENÂNCIO, 2004).

Assim, o presente projeto de extensão teve como objetivo principal colaborar com o processo de humanização do atendimento de pacientes, familiares e da equipe de saúde do Setor de Oncologia, do Hospital Regional do Oeste, Chapecó-SC, por meio da música e poesia. As atividades de música e poesia foram desenvolvidas por acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina, da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó (SC) que contemplou parte do projeto denominado *Projeto Luzes*.

2 *PROJETO LUZES* – CONTRIBUINDO PARA A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

O *Projeto Luzes* foi criado em 2016, a partir do olhar sensível da Profa. Dra. Leoni Zenevicz, que acompanha a rotina ambulatorial e de internação dos pacientes oncológicos juntamente com os seus acadêmicos de Enfermagem e Medicina no Hospital Regional do Oeste (HRO), Chapecó-SC. O *Projeto Luzes* busca colaborar com a prestação de cuidados paliativos e espirituais aos pacientes oncológicos, de seus familiares e de toda a equipe de profissionais envolvida. Hoje, o Setor de Oncologia do hospital inclui pacientes em processo de diagnóstico e tratamento (internação, quimioterapia e radioterapia), com uma demanda diária de aproximadamente 87 pacientes, totalizando 1827 em atendimento ambulatorial por mês. O projeto conta com 90 voluntários, dentre eles, docentes e discentes da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e

Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), bem como comunidade externa composta por profissionais de diferentes setores, incluindo os voluntários do movimento "Eu sou a Paz".

Algumas das atividades implementadas pelo projeto:

a) *Formação de um grupo de estudo sobre Cuidados Paliativos e Espirituais:* o grupo busca empoderar os indivíduos quanto ao processo de resiliência para a superação da doença, das perdas e da finitude. Trata-se de um espaço aberto para os membros da equipe, acadêmicos, pacientes, familiares e comunidade em geral.
b) *Formação de grupos de apoio aos pacientes oncológicos e de seus familiares:* grupo de apoio psicológico com professores e acadêmicos do Curso de Psicologia da UNOESC para o fortalecimento do paciente e da família que está vivenciando uma doença, muitas vezes estigmatizada, como o câncer. Os encontros ocorrem semanalmente, com duração de 1h, no próprio ambiente hospitalar.
c) *Preparo de sala para compartilhamento de más notícias e cuidados espirituais:* organização de um espaço físico, respeitando os preceitos da ambiência para a comunicação de más notícias, para o acolhimento, comunicação e cuidado humanizado dos pacientes oncológicos e familiares.
d) *Atividades voltadas para a qualificação profissional de atendimento ao paciente oncológico:* uma equipe multidisciplinar busca realizar trabalhos de educação permanente voltada à qualificação dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente e familiar oncológico. Alguns dos temas abordados: processos de controle de infecções hospitalares, administração de medicação e efeitos colaterais, processo de humanização no

cuidado do paciente e família, comunicação de más notícias, espiritualidade, etc.

e) *Aperfeiçoamento dos acadêmicos que realizam atividades voluntárias no HRO*: os acadêmicos das diferentes universidades colaboradoras do projeto se beneficiaram realizando atividades tais como: acompanhamento de consultas, avaliação de exames, formação e participação de grupos de estudos clínicos, pesquisas, atividades lúdicas, experiências de vida, de trabalho em equipe multidisciplinar e de terapias alternativas.

f) *Desenvolvimento de Práticas Integrativas e Complementares (PICs):* foram implementadas as práticas de Auriculoterapia e aplicações de Reiki no setor. As práticas são realizadas diariamente, por um grupo de voluntários, que atendem, de acordo com o interesse pessoal e concordância da equipe clínica, os pacientes, familiares e os profissionais da saúde.

g) *Musicalização e poesias como recursos para humanização do atendimento dos pacientes oncológicos, familiares e equipe:* acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Medicina promovem semanalmente encontros com músicas e poesias nos diferentes espaços de atendimento ao paciente oncológico no HRO buscando diminuir a ansiedade e estresse frente ao processo de diagnóstico e terapêutico, bem como auxiliar na promoção e fortalecimento de vínculos, empatia e acolhimento. Detalharemos essa etapa do projeto na próxima seção.

3 MÚSICA E POESIA

Diversos estudos têm evidenciado a importância da música no processo de humanização do cuidado em saúde, por estar associada a capacidade de alterar o estado físico e mental dos pacientes (FIRMEZA *et al.*, 2017; KOELSCH, 2006). A música possui efeitos sobre o lobo temporal, lobo frontal, cerebelo, áreas límbicas e paralímbicas, sendo essas áreas relacionadas a percepção auditiva, memória, atenção, processamento da linguagem, função motora, emoções e sistemas de recompensa (MIRANDA *et al.*, 2017; ROUX *et al.*, 2007). Com isso, os sons musicais apresentam o poder de ativar o sistema de recompensa do cérebro, liberando neurotransmissores que estão relacionados com a sensação de prazer. Esse mecanismo influencia na diminuição do estresse, ansiedade e dor, contribuindo significativamente para a recuperação do paciente (FERREIRA *et al.*, 2015; STANCZYK *et al.*, 2011).

Com esse conhecimento e observando a rotina de atendimento aos pacientes do Setor de Oncologia do Hospital Regional do Oeste (HRO), o *Projeto Luzes* propôs a inserção da musicalização e jogos de poesias no ambiente hospitalar como recursos para a humanização do cuidado ao paciente oncológico. Além disso, a introdução do projeto de extensão com música e poesia buscou colaborar para a sensibilização na formação médica, oportunizar aos acadêmicos de Medicina o aprendizado sobre os sentimentos e emoções do paciente oncológico e de seus familiares, desenvolver a escuta ativa no processo de comunicação e relação médico-paciente, propiciar construção de vínculo e empatia.

Participaram dessa etapa do projeto, docentes e acadêmicos de diferentes fases dos cursos de Enfermagem e Medicina, da Universidade Federal da Fronteira Sul. Os acadêmicos, com supervisão dos docentes, foram divididos em pequenos grupos e uma agenda foi organizada com

diferentes horários para a prática da música e poesia durante a semana. Assim, foi possível beneficiar um número maior de pacientes, familiares e equipe.

Inicialmente, os estudantes realizaram uma visita guiada pelos diferentes setores do hospital, em especial, pelas áreas de atendimento ao paciente oncológico (ambulatório de diagnóstico, quimioterapia, radioterapia e internação). O conhecimento do território foi essencial para mapear os locais onde seriam realizadas as práticas de música e atividades de poesias, bem como para conhecer as necessidades e preferências dos pacientes, familiares e equipe. Coletadas as informações iniciais, os estudantes organizaram a seleção de músicas e poesias, aquisição dos instrumentos musicais e realizaram ensaios em grupos e individuais para as apresentações. Durante os ensaios, cada estudante trouxe o instrumento que já sabia tocar e, juntos, escolheram as músicas para a apresentação. Na Foto 1, podemos observar os estudantes com seus respectivos instrumentos musicais.

Antes de cada apresentação musical e de poesias, os acadêmicos realizavam contato com a equipe para verificar a possibilidade da atividade naquele período. Após a liberação, realizavam as apresentações pessoais, interagiam e conheciam as histórias dos pacientes e familiares. As apresentações somente eram realizadas com o consentimento deles. Elas ocorreram na sala de espera do ambulatório de quimioterapia e radioterapia, nos quartos e nos corredores da ala de internação. O repertório musical, apesar de selecionado previamente, era escolhido pelos pacientes e familiares conforme as músicas que gostariam de ouvir. Os instrumentos musicais utilizados foram o violão, flauta, gaita de boca e cajón. A seleção dos instrumentos e das músicas foi pautada no conhecimento dos próprios estudantes, reunindo a experiência prévia de cada um para o desenvolvimento da atividade musical. Durante as apresen-

tações, era notório um período de descontração e alívio de todos os envolvidos. Em diversos momentos, presenciamos as pessoas cantando e também dançando.

No início, a proposta do projeto foi marcada pela timidez por parte dos acadêmicos e surpresa por parte dos pacientes e profissionais da saúde. Com duas semanas de apresentações, observou-se um ambiente hospitalar mais sociável e leve. Os pacientes e familiares já esperavam pelas apresentações. Tornou-se um momento de reunião, diálogo e descontração. Outros setores do hospital manifestaram o desejo de ter o grupo de música também. Nas fotos 2 e 3, podemos observar os estudantes e os pacientes durante os momentos de apresentação musical no setor de oncologia do hospital.

A música e poesia trouxeram, segundo informações coletadas pelos acadêmicos, a percepção de maior aproximação entre os entes queridos, sensação de apoio emocional, conforto e momentos de distração e alegria. Também foram observadas mudanças no relacionamento entre os profissionais e pacientes durante as apresentações, com notória ênfase na aproximação de ambos durante diálogos relacionados às experiências de vida, lembradas pelas letras das músicas. Dessa forma, a música pode ser interpretada como uma forma de apoio psicossocial e espiritual, melhorando aspectos como o diálogo e a escuta entre paciente-familiar, paciente-equipe e familiar-equipe, resultando em um ambiente mais harmônico e esperançoso para o enfrentamento da doença (SILVA *et al.*, 2014).

Foto 1 – Grupo de estudantes do Curso de Medicina (UFFS) integrantes da proposta de extensão *Projeto Luzes*

Fonte: Os autores (2019).

Foto 2 – Apresentação musical no corredor da ala de internação oncológica

Fonte: Os autores (2019).

Foto 3 – Sala quimioterapia: música para pacientes, familiares e equipe

Fonte: Os autores (2019).

4 PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS SOBRE A EXPERIÊNCIA DA COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO *PROJETO LUZES*

Durante toda a execução das atividades, os acadêmicos de Medicina foram convidados a refletir sobre o processo de comunicação na relação médico-paciente. Entre as primeiras percepções relatadas, observa-se o reconhecimento sobre a importância do ensino de habilidades comunicativas na formação médica.

> Percebemos a importância que tem a criação de uma boa relação entre o médico e o paciente. É através dela que conseguimos entender a outra pessoa em todas as suas dimensões e como isso a afeta e a leva a buscar um médico, e a partir disso, planejar como poderemos resolver o problema em conjunto (acadêmica da 6ª Fase de Medicina).

A importância do processo comunicativo também foi observada durante as atividades musicais e de poesias que ocorreram no ambiente de internação, onde os estudantes tiveram a oportunidade de maior aproximação e construção de vínculos com pacientes e familiares.

> Ao visitarmos os pacientes acamados do setor oncológico para lhes oferecer música, foi notório o quão importante é para eles a boa comunicação e o quanto se precisa da humanização e empatia acerca do momento em que as outras pessoas vivem, e isso nos fez refletir substancialmente na questão da relação médico-paciente e como ela é importante para oferecer algum acolhimento no momento de consultas (acadêmica da 6ª Fase de Medicina).

O contato com a rotina do atendimento ao paciente oncológico trouxe aos acadêmicos a necessidade de olhar, compreender e gerenciar emoções e sentimentos no cenário de cuidado em saúde. Exercitou-se na prática a construção de vínculo e empatia, fundamentais para o processo de comunicação na relação médico-paciente.

> A gente não tem palavras pra agradecer, mas lembrem-se, uma mão que oferece flores pra outra, também fica perfumada (relato de um paciente ao grupo de estudantes).

A inclusão dos estudantes de Medicina em atividades práticas que promovem o conhecimento biológico faz parte de todos os currículos de ensino médico das instituições brasileiras. Apesar de ser fundamental para a efetivação do acadêmico como futuro profissional, existe uma lacuna no aprendizado do caráter emocional, espiritual e empático nessa formação. O *Projeto Luzes* trabalhou exatamente este lado emocional e humanizado entre os acadêmicos, favorecendo a criação de laços e a busca de qualidade de vida pela música, poesia e comunicação entre pacientes,

familiares e equipe. O aprendizado de habilidades comunicativas fluiu de forma mais didática e significativa, sendo observado esse crescimento a cada semana de atividade. Os estudantes praticaram a empatia, desenvolvendo competências para lidar com situações conflitantes, contendo problemas advindos de pacientes reais, com muitas expectativas e medos em relação à vida e a morte. Essa tarefa demandou o desenvolvimento de habilidades por parte dos acadêmicos, dentre elas, o aprimoramento do profissionalismo, ética, empatia e amadurecimento emocional.

REFERÊNCIAS

BORGES, A. D. V. S. *et al.* Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 361–369, ago. 2006.

FERREIRA, E. B. *et al.* Distraction methods for pain relief of cancer children submitted to painful procedures: systematic review. **Revista Dor**, v. 16, n. 2, 2015.

FIRMEZA, M. A. *et al.* Control of anxiety through music in a head and neck outpatient clinic: a randomized clinical trial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n. 1, 2017.

JUVER, J. P. da S.; VERÇOSA, N. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 58, n. 3, p. 287-298, jun. 2008.

KOELSCH, Stefan *et al.* Investigating emotion with music: An fMRI study. **Human Brain Mapping**, Nova York, v. 27, n. 3, p. 239-250, mar. 2006.

MIRANDA, M. C.; HAZARD, S. O.; MIRANDA, P. V. La música como una herramienta terapéutica en medicina. **Revista chilena de neuro-psiquiatría**, v. 55, n. 4, p. 266–277, dez. 2017.

ROUX, F. H. Le; BOUIC, P. J. D.; BESTER, M. M. The Effect of Bach's Magnificat on Emotions, Immune, and Endocrine Parameters During Physiotherapy Treatment of Patients with Infectious Lung Conditions. **Journal Of Music Therapy**, [s.l.], v. 44, n. 2, p.156-168, 1º jun. 2007.

SILVA, G. J. *et al.* Utilização de experiências musicais como terapia para sintomas de náusea e vômito em quimioterapia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 630-636, ago. 2014.

SILVA, V. A. da; MARCON, S. S.; SALES, C. A. Perceptions of family members of patients with cancer on musical encounters during the antineoplastic treatment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, 2014.

STANCZYK, M. M. Music therapy in supportive cancer care. **Reports Of Practical Oncology & Radiotherapy**, [s.l.], v. 16, n. 5, p.170-172, set. 2011.

VENÂNCIO, J. L. Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 1, p. 55-63, fev. 2004.

3 VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA DA UFFS, *CAMPUS* CHAPECÓ, NA REALIZAÇÃO DE UM PROJETO DE EXTENSÃO NO COMPLEXO PRISIONAL DE CHAPECÓ

Maíra Rossetto
Joanna d'Arc Lyra Batista
Alencar de Carvalho Lopes
Bruna Vale Leal
Viviane Werner
Leonardo Moreira Damasceno
Manuela Christianetti
Julia Beatrice de Araújo
Reges Antônio Deon
Rubieli Silvani Badalotti

1 INTRODUÇÃO

Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014, o estudante de Medicina deve ter uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, além de ter condições para atuar em ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2014a). Além disso, na Atenção à Saúde, o graduando deverá ter uma formação que incite as dimensões biopsicossociais do ser humano, que auxiliam a subjetivar o tratamento para cada indivíduo, garantindo os direitos de universalidade e equidade, sem privilégios ou preconceitos, fazendo o acolhimento com vista às vulnerabilidades e risco à saúde e à vida, conforme o Sistema Único de Saúde (SUS) preza (BRASIL, 2014a).

Visando às DCN que se integram com as leis do SUS, a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) busca inserir os acadêmicos em diferentes locais da comunidade desde o início da sua graduação para que possam aprender a promover saúde e prevenir doenças, além de perceber os diferentes condicionantes da população em destaque. Este papel é designado ao componente de Saúde Coletiva, que trabalha com a compreensão da saúde, bem como de seus determinantes sociais, voltados para a área de promoção, prevenção e o cuidado de agravos e doenças, tomando por objeto o coletivo e não somente o individual (SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

O componente de Saúde Coletiva acompanha os estudantes do 1º (primeiro) ao 8º (oitavo) semestre, inserindo os acadêmicos nos Centros de Saúde da Família (CSF), além de promover vivências de pesquisas e extensão dentro do ensino, que aproxima a comunidade da instituição e fortalece os conceitos preconizados pelo curso e pelas diretrizes curriculares, acompanhando pacientes, avaliando seus determinantes sociais, proporcionando educação em saúde e objetivando a promoção e prevenção.

Para entender os determinantes sociais é imperioso que os acadêmicos percebam a impactação desses na vida dos indivíduos. O espaço específico de um complexo prisional permite conhecer/vivenciar uma dimensão desses fatores que impactam na saúde das pessoas privadas de liberdade, pois eles vivem em um ambiente, muitas vezes, inóspito, com questões culturais, psicológicas e sociais muito marcantes e adversas, que impactam diretamente em sua saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2008).

A Lei nº 7.210 de 11 de julho 1984, em seu artigo 14, preconiza que "a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico" (BRASIL, 1984). Assim, desde esse marco, pode-se entender a neces-

sidade de compreender os problemas desse lugar, destacando a necessidade da implantação de estratégias específicas para essa comunidade.

Para causar transformações nesses condicionantes e promover saúde para os privados de liberdade, o Ministério da Saúde lançou em 2003, e atualizou em 2010, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2010). Esse plano visa que os princípios, diretrizes e estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) possam ser estabelecidos para a população prisional. Em 2014, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNSSP) que tem como desafio a concretização do SUS constitucional no contexto do cárcere, incluindo com equidade e qualidade essa grande população nas redes do SUS (BRASIL, 2014b).

O SUS, instituído pela Lei nº 8080 de 1990, foi criado no Brasil como uma estratégia para estruturar um sistema de saúde gratuito e de qualidade, garantindo o direito dos cidadãos brasileiros, afirmado na Constituição Federal, por meio de políticas sociais e econômicas que objetivam a redução do risco de doença e o acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços para promoção da saúde, prevenção de doenças e cura (BRASIL, 1988; 1990).

Os princípios são a universalidade, integralidade, igualdade, direito à informação, divulgação de informações, usar a epidemiologia, a participação da população, descentralização, regionalização, hierarquização, entre outros (BRASIL, 1990). As diretrizes, por sua vez, foram expostas no artigo 198 da Constituição de 1988, a qual desenvolveu o SUS, sendo descritas como descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Assim, a PNSSP abrange a parte teórica do SUS, contemplando, especificamente, a população carcerária. No próprio documento, afirma-se que dentre as doenças que mais afetam a população prisional estão as

infectocontagiosas, como a tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (BRASIL, 2010). Nesse contexto, o plano elenca ações nas áreas de saúde bucal, saúde da mulher, ISTs, saúde mental, tuberculose, hipertensão e diabetes, hanseníase, aquisição e controle de medicamentos, imunizações e exames laboratoriais (BRASIL, 2010).

Ademais, as ações de promoção da saúde são voltadas para hábitos alimentares, atividades físicas, condições de salubridade e atividades laborais (BRASIL, 2010). Com essa base, o projeto de extensão trabalhou com algumas dessas questões prioritárias, como ISTs — aplicação de testes rápidos e orientação —, alimentação saudável, prevenção da tuberculose, promoção da saúde bucal, e imunizações referentes à vacinação da gripe e da febre amarela.

Pensando em atender ao preconizado pela PNSSP foi desenvolvido um projeto de extensão dentro do componente de Saúde Coletiva que será aqui relatado através das experiências de acadêmicos do curso de Medicina da UFFS na realização das atividades de extensão no complexo prisional de Chapecó.

2 O QUE É O COMPLEXO PRISIONAL?

2.1 Caracterização do cenário do complexo prisional

O complexo prisional de Chapecó é composto pelo presídio regional que tem capacidade para 352 detentos, divididos em 40 celas coletivas, com oito detentos em cada uma delas, e mais 16 celas com capacidade para dois presos; pela penitenciária industrial que comporta até 599 detentos; pela penitenciária agrícola, com capacidade para 1132 detentos; e o presídio feminino, a parte mais recentemente inaugurada, com capacidade para 286 detentas (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2019).

O complexo prisional conta com serviços permanentes de saúde. Os detentos, além de receberem campanhas de promoção e prevenção, nos pátios e nas alas, contam ainda com atenção primária em saúde na Unidade de Saúde Penitenciária Agrícola de Chapecó, mantida pela Prefeitura Municipal de Chapecó, que cede os profissionais e os insumos para atendimento aos internos, tendo horário de funcionamento 24 horas por dia e com plantões aos sábados, domingos e feriados. Os detentos que necessitam de um atendimento de emergência são encaminhados ao Pronto Atendimento da Grande Efapi ou ao Hospital Regional do Oeste. A unidade de saúde conta com atendimento médico nas áreas de clínica geral e psiquiatria, além de serviços de enfermagem e psicologia. Na unidade, ainda se encontra instalada a Biblioteca, importante mecanismo jurídico para ressocialização dos detentos.

O complexo penitenciário de Chapecó tem ser tornado modelo e referência para todo o país, atuando diretamente na ressocialização de seus internos, com foco no trabalho, na saúde, na educação e na produção de alimentos, que consegue proporcionar ao detento um retorno às atividades sociais, com responsabilidade e prudência.

2.2 Como tudo começou

No início do ano de 2017, houve uma reunião solicitada pelo Juiz de Direito da 3ª Vara Criminal da Comarca de Chapecó e realizada com a presença do Reitor da UFFS e da Diretora do *Campus*, em que os responsáveis pelo sistema prisional solicitaram uma demanda de projetos de pesquisa e extensão por parte do corpo docente da universidade com a população encarcerada. Foi assinado um termo de cooperação entre as instituições e, desde então, foram desenvolvidas parcerias nessas áreas. O grupo de trabalho firmado na época contou com a participação de vários docentes, que depois foram se organizando conforme os seus cursos

e similaridades. Na área da saúde organizou-se um projeto de extensão onde foram inseridos os estudantes da Saúde Coletiva que demonstraram interesse no desenvolvimento das ações. Além das atividades em saúde por parte das docentes de Saúde Coletiva, outras atividades foram conduzidas pelo Curso de Agronomia na Penitenciária Industrial e pelo Curso de Letras na remissão de pena por leitura. Desde que se iniciaram as atividades, a área da saúde atuou em diferentes frentes, desde a saúde mental até o uso de práticas integrativas e complementares com os profissionais e detentos do complexo prisional. A Foto 1 mostra a vista aérea do complexo prisional de Chapecó.

Foto 1 – Vista aérea do complexo prisional de Chapecó

Fonte: Divulgação/Complexo Penitenciário de Chapecó (2018).

2.3 Como são organizadas as ações

Atividades de educação e prevenção em saúde são realizadas no Complexo Prisional de Chapecó desde o primeiro semestre de 2017 e ainda estão em andamento como um programa de extensão. As ações são organizadas e supervisionadas pelas professoras, responsáveis pelo

componente Saúde Coletiva, e realizadas pelos estudantes de Medicina de todas as fases participantes do projeto.

Os grupos de pesquisa e extensão são previamente determinados pela coordenação do componente e são estabelecidos datas e horários para a realização das atividades. De posse deste cronograma, as docentes organizam as atividades junto à gerência de serviços de saúde do complexo prisional, de acordo com a demanda dos profissionais e usuários de sua Unidade de Saúde, o que proporciona atividades diferentes a cada semestre.

Inicialmente, para os estudantes que ingressam pela primeira vez no programa de extensão, é prevista uma visita técnica ao complexo prisional, guiada por algum agente penitenciário ou pelo psicólogo da unidade. Nesta visita, os estudantes têm contato, geralmente pela primeira vez, com o sistema carcerário, aprendem sobre o funcionamento e tiram dúvidas em relação ao ambiente que será o campo de prática durante o semestre.

Na universidade, são organizados os treinamentos dos estudantes no Laboratório de Semiologia e Semiotécnica com o objetivo de ensinar as técnicas de aplicação de vacinas e testes rápidos. Se necessário, são reservados materiais e próteses anatômicas para a realização das atividades de educação e prevenção. Também, são previstos momentos para os estudantes elaborarem os materiais educativos que serão utilizados nas atividades do complexo.

3 AÇÕES EFETIVADAS PELOS ESTUDANTES E PROFESSORES

Os estudantes inseridos no projeto precisam previamente estudar a organização do Sistema Prisional. Por isso, procedem com a leitura da Política Nacional (PNSSP), instituída em 2014, que traz uma mudança no

que se refere aos termos empregados para identificar a população penitenciária: a inclusão de expressões como "pessoas privadas de liberdade" e "população confinada nas unidades prisionais", tendo como objetivo a exclusão de "preso" ou "condenado" (BRASIL, 2014b). Essa modificação pode ser entendida com o fato de que as pessoas que estão cumprindo pena no sistema, estão privadas somente de sua liberdade e não dos seus direitos sociais (LERMEN *et al.*, 2015).

O objetivo primordial do PNSSP, que é a base do nosso trabalho de extensão com o grupo, é contribuir tanto para o controle quanto para a redução de agravos como a sífilis, hepatites, HIV e tuberculose. Trata-se de uma estratégia que contempla diversas ações nas áreas de atenção básica à saúde, além das já mencionadas, outras como saúde da mulher, saúde mental, saúde bucal e apoio de uma equipe multidisciplinar.

Durante o desenvolvimento do projeto no Complexo Prisional de Chapecó foram realizadas diversas atividades envolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como ações de educação em saúde com as pessoas privadas de liberdade. A primeira atividade realizada foi a de conhecimento do complexo, em que os estudantes observaram o campo de estudo e sua estrutura e instalações, com foco na Unidade Básica de Saúde que atende aos detentos, uma vez que o projeto é realizado dentro do componente de Saúde Coletiva para cursos da área da saúde.

As diretrizes de atuação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional informam que o serviço de saúde no âmbito prisional deve se estruturar a fim de prestar assistência integral, resolutiva e de boa qualidade, sempre adequada à realidade de cada localidade e às necessidades reais do detento, bem como, atuar para o controle e redução dos agravos mais frequentes ao privado de liberdade. E para isso, deve definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do

SUS, sobretudo contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde. E, ao se estruturar dessa forma, atua no reconhecimento da saúde como um direito da cidadania e no estímulo ao efetivo exercício do controle social (BRASIL, 2014b).

Uma das ações de promoção e proteção à saúde utilizadas foi a realização de testes rápidos para detecção de hepatite, sífilis e HIV. Os testes foram feitos tanto na população feminina quanto masculina. A logística para a realização dos testes era feita pela divisão de alas e celas, onde cada grupo era trazido até o local de realização, fazia o teste por meio de punção da polpa digital e aguardava o resultado. Era dada a opção de não realização dos testes para os detentos que desejassem, ou então aqueles que já o haviam feito anteriormente e sabiam sua sorologia. Segundo Albuquerque e colaboradores (2014), a importância dessa ação se dá pela heterogeneidade dessa população, pelo fato de a população carcerária também apresentar uma maior vulnerabilidade ao HIV e sífilis, devido a comportamentos como compartilhamento de material perfurocortante, por exemplo, além de atividade sexual desprotegida. Foi curioso notar o interesse dos detentos em saber os resultados do teste rapidamente, os sintomas, se tinha cura ou não, a forma de tratamento e como proceder. Também, muitos deles tinham consciência de sua infecção e já a tratavam. A Foto 2 mostra os estudantes em preparação para a realização dos testes rápidos no complexo prisional.

Foto 2 – Preparação para a realização de testes rápidos no presídio de Chapecó

Fonte: Acervo do projeto (2018).

Outra ação produzida foi a aplicação de vacinas contra o vírus da gripe (H1N1, H3N2 e influenza) e contra a febre amarela. Para isso, foi feito previamente um treinamento com os estudantes no Laboratório de Semiologia da UFFS, em que foi ensinada a técnica correta de aplicação de injetáveis nas vias subcutânea e intramuscular. A logística adotada foi a mesma utilizada para os testes rápidos e os detentos poderiam optar por não realizar as vacinas caso não quisessem ou, caso já tivessem sido imunizados anteriormente, sendo então, posteriormente, aconselhados sobre a grande importância da imunização total da população. O risco de transmissão e agravamento da gripe é grande em complexos prisionais, por se tratar de locais fechados, com pouca ventilação e aglomeração de

pessoas, por isso, realizou-se a imunização dos detentos e dos servidores, para diminuição do risco de adoecimento e, consequentemente, contaminação de outras pessoas. Na realidade do sistema carcerário brasileiro, além do ambiente interno pouco arejado e o ambiente de circulação restrito, há também a questão dos visitantes que podem entrar no complexo contaminados com vírus externo ou se contaminar no ambiente interno do complexo e disseminar para fora, formando um ciclo vicioso (MINAYO; RIBEIRO, 2016).

Para a obtenção de dados relativos à saúde dos detentos foram realizadas a aferição de pressão arterial (PA) e glicemia capilar. Os dados eram registrados em planilhas fornecidas pela Unidade Básica de Saúde do complexo para posterior acompanhamento e intervenção por parte do enfermeiro da unidade quando necessários. Alguns apenados apresentavam resultados acima dos valores de referência e já faziam uso de medicamentos para tratamento dos agravos, mostrando que, em alguns casos, o tratamento estava sendo ineficaz e não resolutivo, estes eram encaminhados para acompanhamento mais específico com a equipe de saúde do complexo. Diante desse cenário, os estudantes realizaram uma ação de educação em saúde abordando a importância da alimentação saudável relacionada à diabetes e hipertensão. Foi preparado um material didático explicativo, na forma de folder ,que foi entregue aos detentos, além de *slides* que foram expostos em forma de aula/conversa sobre alimentação em sala de aula do complexo prisional. De acordo com a nossa pesquisa, a empresa responsável por servir as refeições é rigorosa e obedece a normas do estado sobre nutrição, tentando englobar todos os nutrientes como carboidratos, proteínas, lipídios, dentre outros. Nesse contexto, vale destacar que o complexo tem também um sistema próprio de cultivo autossustentável, que tem sido utilizado para servi-los. Na ação sobre alimentação saudável, discutiu-se com eles o fato de alguns

terem acesso, por meio de empresa previamente licitada, à compra de doces, bolachas, industrializados e chocolates, e procuramos fortalecer a ideia de que o excesso desses produtos poderia agravar a situação de hipertensão e diabetes que muitos deles possuíam no momento da prisão (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; PORTELA *et al.*, 2014).

Outra ação de educação em saúde foi realizada abordando os aspectos de definição, sintomas, transmissão, prevenção e tratamento da tuberculose. A ação se deu da mesma forma que a empregada na ação de hipertensão e diabetes, sendo produzido um folder, que foi entregue aos detentos, e *slides* utilizados em forma de aula, com foco principalmente na prevenção e transmissão da doença. De acordo com o Ministério da Saúde, a incidência de tuberculose nas prisões é cerca de vinte vezes superior à da população geral, e o ambiente propicia praticamente todas as condições para a disseminação dessa infecção que é transmitida via aérea, como o confinamento de pessoas em celas coletivas, má ventilação e sem iluminação solar (BRASIL, 2011). Durante a aula apresentada pelos estudantes de Medicina, houve muitas dúvidas sobre a doença e relatos de experiências pessoais, demonstrando que alguns tinham um certo conhecimento sobre o tema e plena noção de sua própria vulnerabilidade, o que impressionou os discentes. A Figura 1 mostra parte do material sobre alimentação saudável produzido pelos estudantes de Medicina e disponibilizado em forma de folder para a população carcerária de Chapecó.

Figura 1 – Parte do material sobre alimentação saudável produzido pelos estudantes de Medicina e disponibilizado em fôlder à população carcerária de Chapecó

Fonte: Os autores (2020).

Foi realizada também uma ação para a promoção da saúde bucal dentro do Complexo Prisional. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica a respeito do tema e elaborada uma aula interativa, utilizando-se de modelos anatômicos esquemáticos para demonstração das formas corretas do uso de fio e escova dentais, além também de serem abordadas as doenças sistêmicas mais prevalentes decorrentes da má higienização bucal. Para finalizar a ação, foi distribuído um folder explicativo com todas as informações mais relevantes a respeito da saúde bucal. A precária saúde bucal entre as pessoas privadas de liberdade tem sido associada ao próprio cenário que compõe o ambiente, predominantemente indivíduos jovens, com baixa escolaridade, de origem e família de baixa rendas, entre outros. Assim, a análise mostra que essa parcela tem tendência ao uso irregular dos serviços odontológicos e, por esse motivo, a PNSSP incluiu, dentre os serviços, a assistência odontológica em sua

política (TETZNER *et al.*, 2012; RODRIGUES, 2013). A Figura 2 apresenta parte do material apresentado pelos discentes de Medicina como ação de promoção da saúde bucal na Penitenciária de Chapecó.

Figura 2 – Parte do material apresentado pelos discentes de Medicina como ação de promoção da saúde bucal na Penitenciária de Chapecó

Fonte: Os autores (2020).

É importante ressaltar que todas as atividades e ações desenvolvidas ao longo do programa de extensão foram demandas solicitadas pela Unidade Básica de Saúde do Complexo Prisional, levando-se em consideração as necessidades mais importantes no momento para a saúde da população privada de liberdade. Além disso, todas as atividades realizadas, como aplicação de vacinas, realização de testes rápidos e entrevistas, ocorreram sob a supervisão das docentes e com o auxílio da equipe de

saúde do complexo, que se mostrou disponível e engajada nas ações que visam à melhora dos indicadores de saúde no local.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se, então, que o programa de extensão desenvolvido pelo Componente Curricular de Saúde Coletiva conjuga os princípios preconizados tanto pelas DCN como pelo próprio Sistema de Saúde. As ações de extensão desenvolvidas pelo projeto no complexo prisional trabalham com a perspectiva da promoção da saúde e da prevenção de doenças, com atuação na comunidade regional e o protagonismo estudantil. Trabalhar com a extensão desde a formação proporciona experiencias singulares aos estudantes, pois proporciona a imersão em diferentes cenários de aprendizagem que fogem à sala de aula.

Por um lado, observa-se a integração dos alunos do Curso de Medicina com um campo da saúde singular, com o qual talvez não tivessem contato ao longo da profissão, permitindo a construção de um conhecimento diferenciado. Por outro, vê-se a associação da promoção, da prevenção e da educação em saúde dentro do Complexo Prisional, correspondendo aos interesses da Unidade de Saúde responsável.

Sendo assim, tais ações, além de beneficiarem os alunos, as pessoas privadas de liberdade e o próprio sistema carcerário, também fortalecem o vínculo entre o Componente Curricular de Saúde Coletiva, a Universidade Federal da Fronteira Sul e o Complexo Prisional de Chapecó, criando uma relação de mão dupla que permite a aproximação entre as áreas de educação e saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. C. C. *et al.* Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2125-2132, jul. 2014.

BATISTELLA, C. E. C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. *In:* FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 25-49.

BRASIL. Presidência da República **- LEI Nº 7.210, DE 11 DE JULHO DE 1984**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210compilado.htm. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal, 1988.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. **Lei nº 8080,** de 19 de setembro de 1990, p. 1-15.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação da Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília (DF), 2010.

BRASIL. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde : Secretaria de Vigilância em Saúde : Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução Nº 3**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências, 20 jun. 2014a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014b.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. **Secretaria de Estado da Administração Prisional e Socioeducativa.** 2019. Disponível em: http://www.sap.sc.gov.br/?option=com_content&view=article&id=879:artigo-879&catid=95&Itemid=524. Acesso em: 17 set. 2019.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. **Galeria de Fotos.** Disponível em: https://www.sc.gov.br/index.php/noticias/fotos/regioes/chapeco/presidio-feminino-de-chapeco-sera-inaugurado-39561. Acesso em: 10 jan. 2019.

LERMEN, H. S. *et al.* Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 905-924, 14 abr. 2015. DOI http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300012. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/physis/2015.v25n3/905-924/pt/. Acesso em: 15 set. 2019.

MINAYO, M. C. de S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 7, p. 2031-2040, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016.

PORTELA, R. *et al.* **Avaliação da soroprevalência e dos fatores de risco de infecção por sífilis em indivíduos privados de liberdade do complexo prisional de Aparecida de Goiânia**. 2014. 66 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.

RODRIGUES, I. S.A.. **A saúde bucal de privados de liberdade em penitenciárias do estado da paraíba**. 2013. 89 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Saúde Pública, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013.

SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? *In*: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva:** teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

TETZNER, E.; NASCIMENTO, S.; CARVALHO, R.; TONINI, K. Odontologia no sistema penal. **RFO UPF** [online], 2012, v.17, n. 3, p. 360-364. ISSN 1413-4012.

4 VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DE MEDICINA EM SAÚDE DO TRABALHADOR, COM ENFOQUE NA SILICOSE, NOS ANOS DE 2016 E 2017

Maíra Rossetto
Paulo Roberto Barbato
João Paulo Dal Magro Mocellin
Maicon Madureira
Pedro Henrique Casanova
Tiago Henrique Toldo de Melo
Diego Amadori Flores
Rogger Elano Hoeltgebaum Rodrigues
Maria Eneida de Almeida

1 INTRODUÇÃO

A trajetória histórica social, política e econômica dos trabalhadores no mundo ocidental, sobretudo a partir da Primeira Revolução Industrial, demonstra que Saúde do Trabalhador é um tema que depende dos contextos sociais, das conjunturas políticas, das estruturas institucionais de cada estado. Este tema é relevante para o país, bem como da maturidade dessa sociedade, do poder político, do poder de mobilização social, do poder de participação política e da conscientização social. Em suma, Saúde do Trabalhador é um tema que depende do grau de cidadania de um povo e da atitude dos seus governantes.

O que levou a essa discussão foi o Movimento da Reforma Sanitária, um movimento de âmbito ocidental, que alcançou grande número dos países da Europa e das Américas e foi crescente na segunda metade do

século XX. O tema dos trabalhadores mesclou-se a este movimento e foi um assunto crescentemente debatido em todos os países industrializados. A partir de 1970, o Movimento da Reforma Sanitária, que luta pelo direito à saúde da população, ergueu também a bandeira dos direitos dos trabalhadores, sendo parte de seu ideário. Este movimento teve o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e, assim, os temas Saúde e Trabalho passaram a pertencer a um processo de desenvolvimento de nação. No Brasil, o movimento sanitário contribuiu para a ascensão desse campo na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (AROUCA, 1986), a qual teve adesão dos Sindicatos da categoria no projeto de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com ampla participação de trabalhadores.

A saúde, no Brasil, é um direito universal do povo e seu provimento é um dever do Estado, sendo uma conquista do povo, um reforço à cidadania, que se consolidou no Movimento da Reforma Sanitária diante da participação da sociedade na redemocratização do país. Esta conquista, refletida na implantação do SUS, está expressa na Constituição Federal de 1988, conhecida também como Constituição Cidadã. No âmbito do direito à saúde, em seus princípios fundamentais – universalidade, equidade e integralidade – encontra-se a Saúde do Trabalhador, no que diz respeito à prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde. A Constituição Federal de 1988 aborda esse tema no Capítulo dos Direitos Sociais e Garantias Individuais, na Seção "Da Saúde", "Artigo 200: II – compete ao SUS executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador" (BRASIL, 1988).

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080 – definiu a abrangência da Saúde do Trabalhador no SUS e dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. O artigo 6º, § 3º, preco-

niza: "Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho" (BRASIL, 1990).

Essa política instituiu a execução das ações em Saúde do Trabalhador, conforme determina a Constituição Federal, na implementação de ações com definição de princípios, diretrizes e estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS. Embora o SUS tenha avançado muito em garantir o acesso do cidadão às ações de atenção à saúde desde a Lei Orgânica da Saúde e, a partir daí, tenha efetivamente dado início a ações específicas em Saúde do Trabalhador, foi somente em 2002 que ocorreu a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), cuja finalidade foi de "articular as ações de Saúde do Trabalhador no contexto do SUS, conferindo organicidade aos serviços existentes no país e buscando dar visibilidade à área na estrutura do SUS" (LEÃO; VASCONCELOS, 2011, p.87). Assim, a RENAST foi sendo revista e ampliada para se adequar às necessidades estruturais da rede e o campo foi sendo permanentemente implementado (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2009).

Para tornar viável a efetivação dessas ações, foi elaborada uma política pública específica, na proposição de uma capilarização por todo o país por meio do SUS, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), mediante Portaria do Ministério da Saúde nº 1.823, lançada em 23 de agosto de 2012. Essa política tem a possibilidade de mudar uma realidade brasileira que atinge todos os setores e categorias profissionais, por meio da educação, da orientação especializada e do apoio ao trabalhador, com o objetivo central de reduzir as mortes evi-

táveis, orientando o trabalho em ambientes organizados e saudáveis, na busca permanente do aumento na qualidade de vida e da segurança do trabalho (BRASIL, 2012). Em síntese, a PNSTT orienta que todo trabalhador, independentemente de morar no campo ou na cidade, de fazer parte do setor público ou privado, de ser assalariado, autônomo, doméstico, aposentado ou desempregado, tem “direito” à atenção integral à saúde, com prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

2 MECANISMOS INSTITUCIONAIS E SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Alguns mecanismos institucionais de abrangência local, regional, estadual e nacional foram criados para, entre outros objetivos, alimentar os sistemas de informações relacionados à Saúde do Trabalhador no SUS. Um mecanismo institucional bastante importante é a Plataforma “RenastOnline”[1], que é um espaço para fortalecimento da RENAST, no que toca à atualização, comunicação, formação permanente e utilização de informações, com acesso livre a todos os pesquisadores, estudantes e trabalhadores, sendo uma fonte legítima para busca de informações oficiais.

A RENAST é uma das diretrizes da PNSTT e tem como objetivo integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, além da notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho em rede de serviços sentinela, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador. O objetivo dessa rede nacional é atender os trabalhadores com suspeita de agravos relacionados ao trabalho, incluindo os procedimentos compreendidos entre o primeiro atendimento até a notificação, recomendações e parâmetros para diagnóstico, tratamento e prevenção. É uma rede que se concretiza com ações transversais, incluindo a produção e gestão do conhecimento em todos os níveis e ações. Grandes avanços

1 Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/plataforma-renast-online

têm sido feitos para a institucionalização da rede e para a formalização de mecanismos de funcionamento, bem como a relação entre seus componentes. Esses esforços incluem a articulação entre o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias de Saúde dos Estados (SES), o Distrito Federal e as Secretarias de Saúde dos Municípios (SMS), com o envolvimento de outros setores também participantes da execução dessas ações (BRASIL, 2002).

O Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) é um sistema alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, onde se inclui a Notificação Compulsória de Agravos à Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1999; BRASIL 2016a; BRASIL, 2016b). A utilização deste instrumento de notificação busca a efetividade e permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. Esse sistema pode ser operacionalizado no nível administrativo mais periférico, ou seja, nas próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo elas, unidades de notificação de agravos relacionados à Saúde do Trabalhador seguindo a orientação de descentralização do SUS (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2011).

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) são uma grande rede nacional presente em todos os estados da federação e funcionam como eixos integradores no processo de construção da RENAST. Localizados em capitais, na região metropolitana de municípios-polo e das regiões e microrregiões de saúde, esses centros têm a função de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da Saúde do Trabalhador, com ações integradas, no âmbito regional. São

órgãos que se constituem como articuladores e organizadores no seu território de abrangência, das ações intra e intersetoriais de Saúde do Trabalhador, assumindo uma função de retaguarda técnica e de polos irradiadores das ações de vigilância em saúde do trabalhador (BRASIL, 2009).

Dentre as atribuições dos CEREST, estão a análise epidemiológica dos agravos em Saúde do Trabalhador, além do registro dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no banco de dados do SINAN. É preocupação constante da RENAST o fato de que o registro de acidente ou doença do trabalho não seja feito na proporção que deveria, caracterizando uma grande subnotificação e impedindo o conhecimento da real magnitude das ocorrências. Dessa forma, grandes prejuízos são causados em longo prazo, sobretudo, deixando o trabalhador desamparado, sem condições de comprovar qualquer dano à sua saúde, além de deixar a família em desamparo legal.

Importante ressaltar que, até 1996, as informações disponíveis se referiam somente aos trabalhadores formais, ou seja, com carteira assinada, com vínculo previdenciário. Isso omitia parcela importante da população economicamente ativa. Mesmo assim, a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é um instrumento efetivo e é a maior fonte de informações existentes sobre morbimortalidade na área. A partir de 1996, foi criada uma variável "Acidente de Trabalho" na Declaração de Óbito (DO) e, isso, possibilitou ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) ter a avaliação de prováveis circunstâncias dos óbitos ocorridos durante as atividades laborais ou explicitar a relação deles com as doenças do trabalho.

Rede Sentinela é mais uma ferramenta de Vigilância em Saúde que permite o monitoramento de agravos de importância em saúde pública, como algumas doenças infecciosas, inclusive as de ocorrência hospita-

lar. Nesta sistemática, são escolhidos alguns pontos de coleta de informações, que devem notificar a ocorrência de casos em suas unidades de saúde (chamadas de unidades-sentinela). No campo da Saúde do Trabalhador, as unidades-sentinela identificam, investigam, diagnosticam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho, bem como a realização de investigações epidemiológicas em nível local ou regional. Ainda assim, os casos confirmados dos agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória devem ser notificados em todas as unidades de saúde. Quando a confirmação não puder ser feita, os casos deverão ser encaminhados para referências especializadas, dentro dos fluxos convencionados para a Saúde do Trabalhador.

A RENAST tem, entre seus componentes, 201 CEREST e uma rede sentinela de mais de 3.500 serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade, responsáveis por diagnosticar os acidentes e doenças relacionados ao trabalho e por registrá-los no SINAN (CEREST, 2013). Os agravos e os acidentes no campo da Saúde do Trabalhador são divulgados mediante a publicação de protocolos e fichas de notificação do Ministério da Saúde, específicos por doenças ou agravos, dentre esses, temos o Protocolo[2], que traz a Ficha de Notificação para Pneumoconioses (BRASIL, 2006a).

2.1 Pneumoconioses: a *Silicose*

Entre as doenças pulmonares, tem-se a ocorrência das pneumoconiose. As pneumoconioses são as pneumopatias relacionadas à inalação de poeiras em ambiente de trabalho. Esse termo é utilizado nos instrumentos do Ministério da Saúde (protocolos e fichas de notificação) para

2 Protocolo disponível no link: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/protocoloscomplexidade-diferenciada-pneumoconioses.

designar todas as doenças pulmonares causadas por inalação de poeiras que provocam inflamação no parênquima, independentemente do processo fisiopatogênico desencadeado. Podem ser fibrogênicas (silicose, asbestose, silicatose, talcose, siderose) e não fibrogênicas (estanhose, baritose, antimoniose, beriliose), de acordo com o potencial da substância que produz, ou não, a reação inflamatória de fibrose (SOUZA *et al.*, 2015).

Ribeiro (2010) aponta a importância da Vigilância em Saúde do Trabalhador em ações de prevenção e mitigação dos riscos de acidentes e doenças do trabalho. A Portaria MS 777/GM de 2004 dispõe sobre procedimentos técnicos para a notificação compulsória nesse campo de saberes e práticas no SUS, e entre esses estão as Pneumoconioses, em que a *Silicose,* uma "pneumoconiose causada pela inalação de sílica livre cristalina que se manifesta após longo período de exposição, habitualmente superior a dez anos, caracterizada por fibrose progressiva do parênquima pulmonar" (BRASIL, 2006c, p.29), é a mais frequente.

A *Silicose* é a doença mais prevalente no Brasil e no mundo, sendo mundialmente reconhecida como a principal causa de invalidez ocupacional entre as enfermidades do aparelho respiratório. O diagnóstico exige uma anamnese ocupacional especializada associada a alterações radiológicas específicas, juntamente à análise de comorbidades ao longo do processo saúde-doença. O paciente que não tem tratamento específico pode ser levado a óbito em curto espaço de tempo, dependendo da densidade da poeira respirada no cotidiano de seu trabalho. Além de que as comorbidades como tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tuberculose e câncer de pulmão são fenômenos comuns em pacientes com diagnóstico de *Silicose* (SOUZA; MOREIRA; KNORST, 2014).

Em síntese, a *Silicose* é um problema secular e global. A magnitude dessa enfermidade proporcionou uma grande visibilidade na década de 1990 nas agendas políticas da OMS e da OIT, sendo que, no ano de 1995,

foi lançado o Programa Internacional de Eliminação Global da *Silicose*. O objetivo central desse programa conjunto foi dar prioridade à doença nas agendas nacionais, com a meta de erradicar mundialmente essa doença do trabalho até 2030, agravo perfeitamente evitável e que afeta globalmente os trabalhadores em contato com a poeira de sílica (GOELZER; HANDAR, s.d.).

Em 2001, esse programa começou a ser discutido com vários segmentos patronais, de trabalhadores e de órgãos do governo federal relacionados a esse agravo, com início efetivo, no Brasil, em junho de 2002. Foi uma construção coletiva com formulação de políticas e legislação, construção e atualização de dados e sistemas de informação, capacitação e produção de material técnico, bem como, estímulo a estudos e pesquisas nessa área de conhecimento (FUNDACENTRO, 2002).

No Brasil, essa doença é uma das Pneumoconioses de maior prevalência e, no período do lançamento do Programa Nacional de Eliminação da *Silicose* (2001), o número estimado de trabalhadores potencialmente expostos a poeiras contendo sílica era superior a 6 milhões, sendo 4 milhões provenientes da construção civil, 500.000 da mineração e garimpo e acima de 2 milhões de indústrias de transformação de minerais, metalurgia, indústria química, da borracha, cerâmicas e vidro (GOELZER; HANDAR, s.d.).

Formalizados quatro setores de maior risco de exposição à Sílica: mineração e beneficiamento de minerais; cerâmicas e vidros; metalurgia; e indústria da construção (GOELZER; HANDAR, s.d.). O Mapa da Exposição à Sílica no Brasil (RIBEIRO, 2010) aponta os percentuais de trabalhadores do estado de Santa Catarina, expostos à sílica em 2007: extração mineral: 68,44%; mineral não metálico: 59%; construção civil: 69,36%; metalurgia: 35,68%. A partir de 2007 revelaram a predominância da metalurgia. A evolução da morbimortalidade por acidente de trabalho em

Santa Catarina entre 1996 e 2012 revelou, por sua vez, que as Pneumoconioses foram notificadas entre 2007 e 2012 em 0,18% em relação aos outros agravos (RIBEIRO, 2010).

Esses dados chamam atenção, pois significam, à primeira vista, um índice relativamente baixo, se ponderarmos que é um estado com indiscutível crescimento industrial e urbano, logo, com crescimento permanente da indústria da construção civil. Estudos sobre a década de desenvolvimento do Programa de Eliminação à *Silicose* no Brasil (2001-2011) ressaltaram que, apesar da disponibilização de informações sobre esse agravo, pouco foi feito para a melhoria da vigilância e atenção médica, bem como nem foram constituídas redes de referência adequadas para a prevenção secundária e terciária da *Silicose* (ALGRANTI, 2011).

Em nível nacional, uma pesquisa publicada em 2010, intitulada "O Mapa da Exposição à Sílica no Brasil", pela UERJ com apoio do Ministério da Saúde, sistematizou informações nacionais e regionais e demonstrou que importantes ações vêm sendo empreendidas pelo Ministério da Saúde no âmbito do SUS, cujas medidas divulgam o conhecimento popular sobre os riscos dos trabalhadores e da população em geral, bem como orientam o setor patronal na prevenção e na educação em saúde. Esse mapa reflete, sobretudo, um grande desafio a ser equacionado, que é a superação de inaceitável subnotificação dos casos de *Silicose* no SINAN, refletindo 97% de subnotificação no Brasil entre 2006 e 2009, sendo que, na maioria dos estados brasileiros, ela é absoluta (RIBEIRO, 2010).

Dessa forma, diante desse histórico com dados importantes relatados, avaliamos que uma aproximação do tema *Silicose* para acadêmicos do Curso de Medicina se justifica, pois permite conhecer mais sobre a realidade da região de Chapecó em relação à Saúde do Trabalhador, ampliando o comprometimento social com vistas ao impacto na qualidade de vida dos trabalhadores e suas famílias.

Considerando o exposto, este capítulo objetiva, de um modo geral, relatar as vivências de acadêmicos de Medicina, vinculados aos Componentes Curriculares Regulares (CCR) de Saúde Coletiva, em Saúde do Trabalhador, com enfoque em *Silicose*, nos anos 2016 e 2017. E, mais especificamente, pretende: relatar a organização de Mesa Redonda: "Os desafios do campo da Saúde do Trabalhador nas três esferas de gestão: federal, estadual e regional"; apresentar a realização de entrevistas com gestores federais, estaduais, regionais e municipais que tinham envolvimento com o planejamento de ações em saúde do trabalhador; e vivenciar o cotidiano dos trabalhadores de pedreiras, no município de Chapecó, por meio de visitas técnicas a duas pedreiras.

3 CAMINHOS PERCORRIDOS NESTA EXPERIÊNCIA

O relato de experiência deste capítulo compreende ações desenvolvidas entre 2016 e 2017, nos CCR de Saúde Coletiva II e III, como prática de pesquisa e extensão do componente. Buscou-se oportunizar aos estudantes envolvidos com as atividades uma visão ampliada em saúde do trabalhador. O objetivo inicial dos estudantes era apenas verificar o uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI) por trabalhadores, mas optou-se por construir uma proposta que pudesse problematizar outros aspectos da saúde do trabalhador.

Uma das primeiras atividades pensadas após a construção do projeto foi organizar uma mesa com gestores envolvidos no planejamento de ações em saúde do trabalhador. Contou-se com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, para a realização dos contatos com os palestrantes e para a realização da atividade. Além dos estudantes vinculados ao projeto, oportunizou-se aos acadêmicos da turma e de outros cursos a participação na atividade, entendendo ser necessária a amplia-

ção do olhar sobre saúde do trabalhador a todos os estudantes, futuros médicos. Os gestores federal e estadual se deslocaram até Chapecó com recursos de suas Secretarias de Saúde e do Ministério da Saúde.

Paralelamente, organizou-se a realização de entrevistas com os gestores convidados para a mesa redonda supracitada. Foi agendada com os gestores a entrevista, individualmente, sendo realizada por um estudante treinado e seguindo um roteiro semiestruturado, com duração de aproximadamente uma hora. As perguntas integrantes do roteiro de entrevista relacionavam-se às ações desenvolvidas pela vigilância em saúde do trabalhador, como os municípios estavam realizando suas ações e quais eram as dificuldades encontradas nas três esferas de governo.

Posteriormente, visando sanar as curiosidades dos estudantes, foram organizadas duas visitas técnicas, com roteiro de observação das atividades laborais dos trabalhadores focadas no uso de EPI e execução de atividades insalubres ou em desacordo com a legislação.

As atividades supracitadas foram desenvolvidas dentro da carga horária disponibilizada pelo CCR. A carga horária excedente foi certificada por meio de institucionalização do projeto de pesquisa na UFFS, seguindo os trâmites da instituição.

4 CONTANDO UM POUCO DAS AÇÕES EFETIVADAS

Quanto à organização da mesa-redonda, é possível relatar que a atividade organizada pelos docentes e estudantes do projeto discutiu o tema "Os desafios do campo da Saúde do Trabalhador nas três esferas de gestão: federal, estadual e regional". Contou com a participação dos gestores: Participante 1, gestor do nível federal, Assessor da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde; Participante 2, do nível estadual, Gerente da Saúde

do Trabalhador – Diretoria de Vigilância Sanitária Superintendência de Vigilância em Saúde – Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina; Participante 3, do nível municipal, Coordenador do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Região de Chapecó (CEREST Regional de Chapecó). Cada um dos participantes teve 30 minutos para apresentar informações sobre as atividades que desenvolviam enquanto gestores, mostrando os desafios e as potencialidades no campo da saúde do trabalhador. Em seguida, teve abertura para estudantes e docentes fazerem questionamentos e ampliação do debate. A atividade ocorreu durante a realização do componente de Saúde Coletiva III e os alunos que estavam diretamente envolvidos com a atividades estavam vinculados a atividades de pesquisa e extensão.

Quanto à organização das entrevistas, é possível relatar que estas seguiram a disponibilidade dos participantes, sendo que a coleta dos dados do gestor federal e estadual foi realizada no mesmo dia da mesa redonda. As entrevistas com os gestores regional (P3) e municipal (P4) e do controle social (P5) foram agendadas posteriormente. A análise e interpretação dos dados possibilitou a construção de dois temas: a (in)visibilidade das ações e serviços relacionados à Saúde do Trabalhador, bem como do próprio campo; e a subnotificação e a qualificação dos profissionais relacionada às pneumoconioses, em especial, à *Silicose*.

4.1 A (in)visibilidade das ações e dos serviços relacionados à Saúde do Trabalhador e do próprio campo

Nesse sentido, as entrevistas mostraram que as ações intersetoriais foram citadas pelo gestor do nível federal e estadual como fundamentais para a organização da Rede de Assistência. Para Silva, Bernardo e Souza (2016), a existência de leis versando a respeito das ações em Saúde do Trabalhador, não é suficiente por si só. Acima de tudo, é necessário o tra-

balho em conjunto por parte de toda a equipe, a fim de facilitar a tomada de ações e decisões e fornecer um serviço com uma qualidade maior para a população.

De acordo com o gestor federal, é imprescindível que os setores da saúde atuem de maneira intersetorial. Aliado a isso, Galdino, Santana e Ferrite (2012) relatam a extrema importância da intersetorialidade ao se falar em saúde do trabalhador, visto que, a união dos órgãos públicos, desde a notificação até a implementação de uma determinada ação, ocasionará uma desagregação das dificuldades na busca de ações em saúde do trabalhador, pois os diversos níveis desempenharam um papel colaborativo para a criação dessas ações, impedindo assim os vieses de compreensão.

Ademais, a integralidade da assistência é de importância tão grande que se iguala ao acolhimento realizado nos serviços de saúde, esse sendo um pilar essencial para a equidade buscada pelo SUS. Desse modo, o principal desafio do campo da saúde do trabalhador é criar abordagens interdisciplinares e intersetoriais que auxiliem as abordagens assistenciais para que, assim, fortaleçam o sistema de saúde, além de produzir mudanças na promoção da saúde dos trabalhadores (SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016).

Pode-se pensar na importância da intersetorialidade das ações como sendo uma peça importante para a Saúde do Trabalhador, tendo em vista que é responsável por interconectar os diferentes níveis que compõem essa temática. Por outro lado, apesar de ser um dos pilares buscados pelo SUS, a interconexão entre os serviços ocorre de maneira insatisfatória, tornando-se uma problemática que dificulta a realização de ações (MINAYO; MACHADO; PENA, 2011).

As principais dificuldades relatadas pelos participantes para a realização de ações em Saúde do Trabalhador é, sem dúvida, a qualificação

inadequada dos profissionais da saúde. Ademais, relacionando com o que está descrito nas entrevistas, pode-se inferir a importância da realização de ações com a finalidade de capacitar os profissionais da saúde, sendo nítida a existência de problemas nesse setor.

Uma das principais dificuldades apresentadas para a realização de ações em Saúde do Trabalhador é a qualificação inadequada dos profissionais da saúde. Pode-se mencionar a necessidade da realização de ações de capacitação aos profissionais da saúde, tendo em vista que é um dos principais impedimentos da saúde do trabalhador (SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016).

Vale ressaltar a importância da constante vigilância em saúde, por intermédio da notificação correta dos agravos e da alimentação dos sistemas de informação. Apenas com ações consistentes em vigilância é possível obter informações confiáveis sobre a efetividade das estratégias pensadas em prol da saúde do trabalhador (FACCHINI *et al.*, 2005).

As ações de educação e promoção da saúde elucidadas nas entrevistas estiveram relacionadas às necessidades de prevenção e promoção da saúde. A estratégia de Saúde da Família, modelo prioritário para organização da atenção básica no Brasil, possui o privilégio do contato próximo com os trabalhadores e as empresas, sendo, assim, responsável pela orientação, comunicação, tratamento e educação dos trabalhadores (SOUZA; VIRGENS, 2012). Apesar do desenvolvimento de políticas e programas em saúde do trabalhador, existem muitos desafios para a realização de serviços nesse campo. Atualmente, serviços ambulatoriais associados aos CEREST e também à formação do SAST estão instituídos na sociedade como forma de promover a saúde e também levantar dados acerca dos agravos e acidentes de trabalho.

No entanto, o que pode ser encontrado são alguns serviços que estão instituídos na área da saúde do trabalhador, mas ainda não estão

totalmente capacitados para realizar ações que realmente gerem efeitos positivos e eficazes. Mesmo na atenção básica, que é primordial para a prestação de serviços e combate às irregularidades no ambiente de trabalho, o que se assiste é uma precariedade de notificações, diagnósticos, tratamentos e especialização de equipes voltadas à atenção ao trabalhador. Além disso, mais especificamente relacionados às pneumoconioses, é possível notar que os serviços realizados pela vigilância em saúde do trabalhador não possuem profissionais capacitados para compreender os nexos causais entre as partículas presentes no ambiente de trabalho e suas relações com as doenças e os malefícios que podem causar no organismo humano.

4.2 A subnotificação e a qualificação dos profissionais relacionadas às pneumoconioses, em especial à *Silicose*

Quanto às notificações, falta a sensibilização de profissionais que não registram os acidentes e agravos relacionados ao trabalho. O que se relata é que existem médicos e também outros profissionais da área da saúde que deveriam notificar para, assim, contribuir com a quantidade dos agravos dos trabalhadores e os problemas mais prevalentes.

Assim, apesar dos avanços conquistados, muitos desafios são postos ao campo. Com base na visão dos entrevistados relacionada às pneumoconioses, em especial à silicose, fica nítido que existem fragilidades no sistema de saúde que impedem de acompanhar, fiscalizar e promover a saúde aos profissionais que trabalham em contato com substâncias tóxicas no seu cotidiano.

A desqualificação dos profissionais na atenção básica e na vigilância sanitária, as dificuldades nas notificações e na promoção de serviços que não negligenciem a silicose surgem como fatores que contribuem para os agravos e acidentes de trabalho (SILVEIRA; MARIN, 2006). Tais fatores,

que não tocam apenas aos serviços de saúde, mas de ações e educação em saúde do trabalhador, dificultam o estabelecimento do nexo causal com o aparecimento de doenças respiratórias no cotidiano dos trabalhadores.

A notificação de agravos em saúde do trabalhador é um instrumento importante para embasar as tomadas de decisão e busca de estratégias na prevenção destes. De acordo com os entrevistados, a subnotificação dos casos de silicose relacionados ao trabalho é uma realidade, assim como a de outros agravos, sendo fruto da não percepção de nexo causal da moléstia por desconhecimento dos sintomas ou falta de comprometimento dos profissionais, não apenas médicos, mas outros que também podem realizar a notificação de suspeita. Elucida-se, então, que as causas da subnotificação deste espectro de doenças são fatores passíveis de aprimoramento dentro do sistema de saúde e que se devem guiar esforços neste âmbito para melhorar a eficiência da vigilância em saúde do trabalhador, adquirindo resultados estatísticos mais confiáveis para embasar ações e políticas em prol trabalhador dessa causa. Seriam oportunos estudos que objetivassem evidenciar os motivos que levam à não associação de nexo causal e o não comprometimento por parte dos profissionais para que se possam realizar ações a fim de solucionar esses fatores (CORDEIRO; SAKATE; GROTTI, 2005).

Fagundes e Zanellato (2015) destacam que a silicose é uma doença pulmonar ocupacional e que pode evoluir de forma sigilosa, com alterações radiológicas significativas sem grande manifestação funcional. Podemos concluir, então, que a subnotificação dos casos de silicose é uma realidade, e que se deve a fatores modificáveis como a falta de conhecimento técnico e comprometimento dos profissionais da área. São esses os dois pontos, portanto, que devemos focar em aprimorar para promover um fluxo de informações eficiente, aprimorando a vigilância e

contribuindo para as tomadas de decisão e redução dos agravos na saúde do trabalhador.

Quanto a vivenciar o cotidiano de trabalhadores das pedreiras e dando continuidade ao relato de experiência, destacamos a realização de duas visitas técnicas a locais onde havia a exposição à sílica. As visitas técnicas na pedreira e na marmoraria foram agendadas diretamente com os proprietários das empresas. Na marmoraria, no centro da cidade de Chapecó, foi possível acompanhar todo o processo de produção do mármore, por meio de processo de produção úmido, de acordo com as atuais legislações na área. Esse processo acarreta menor produção de partículas sólidas e, com o uso de EPI, pode reduzir a ocorrência de doenças ocupacionais como a silicose. Na pedreira, numa região rural de Chapecó, foi possível percorrer toda a extensão da empresa, observando desde a obtenção das placas pedrosas até a obtenção final da brita. Foi possível comparar os dois estabelecimentos com riscos ocupacionais, não só referentes à poeira e suas doenças ocupacionais, mas também aos demais riscos aos quais os profissionais trabalhadores estão expostos.

Nessa ocasião, um dos principais objetivos dos estudantes, desde o início do projeto, era visualizar a indicação e o uso dos EPI pelos profissionais da área. Nessas visitas, foi possível verificar os riscos ocupacionais aos quais os trabalhadores estavam expostos, bem como se o uso de EPI seria suficiente para minimizar os riscos aos quais os trabalhadores estavam expostos: a poeira, o sol e a possibilidade de acidentes com máquinas pesadas e explosivos. Os EPIs utilizados – máscaras, capacetes, macacões e guinchos eram mencionados pelos trabalhadores da pedreira como suficientes para a redução de acidentes relacionados ao trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde dos trabalhadores precisa ser discutida durante a formação dos profissionais da saúde, sobretudo dos médicos, que atuarão diretamente na notificação dos casos suspeitos ou confirmados de agravos relacionados à saúde do trabalhador. Sem preparo na formação, a anamnese e o estabelecimento do nexo causal comprometem a notificação, não gerando informação para a ação da vigilância em saúde e inviabilizando o campo de saúde do trabalhador.

Ao final deste capítulo, é essencial salientar que o comprometimento de profissionais de saúde com a Saúde do Trabalhador pode compreender todo o processo saúde-doença de um indivíduo ou de uma coletividade quando se faz um simples questionamento sobre o local de trabalho ou sobre o setor produtivo daquela região, cujo encadeamento lógico pode levar à origem do adoecimento, no caso a Silicose, cuja falta de notificação do município provoca, por consequência, o descaso de políticas públicas voltadas a este setor. É essencial o comprometimento com o aumento da adesão dos profissionais de saúde e no caso, de futuros médicos, para notificação das Pneumoconioses no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, em especial a *Silicose,* na região de Chapecó. Torna-se importante ressaltar que as ações desenvolvidas dentro do CCR de saúde coletiva, por meio da pesquisa e extensão, extrapolam a sala de aula para promover aprendizado por meio da inserção dos estudantes em contextos comunitários. O aprendizado dos estudantes e professores na saúde do trabalhador, por meio da inserção dos estudantes na comunidade regional é fundamental para dar conta das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina e das Políticas Institucionais da UFFS.

O protagonismo estudantil na organização das ações e no desenvolvimento das atividades possibilita a ampliação do olhar para as questões

relacionadas à saúde dos trabalhadores, possibilitando uma formação alinhada aos princípios do SUS. A Foto 1 mostra os estudantes e docentes em visitas técnicas realizadas a uma empresa de perfuração úmida e a uma pedreira da cidade de Chapecó.

Foto 1 – Visitas técnicas realizadas às pedreiras de Chapecó

Fonte: Acervo das autoras (2017).

REFERÊNCIAS

ALGRANTI, E. **Programa Nacional de Eliminação de Silicose.** 2011. Completando uma Década. Disponível em: http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/silica-esilicose/pnes/Programa-Nacional-Eliminacao-Silicose-2011.pdf. Acesso em: 21 mar. 2016.

AROUCA, S. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=NtdIGv8mfDI. Acesso em: 22 set. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Seção Saúde. Artigos 196 a 200. Brasília (DF): Senado. [s.n.],5 out. 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990***.* Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Brasília (DF): Senado,1990.

BRASIL**. Portaria nº 1339/GM Em 18 de novembro de 1999**. Instituir a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS**.** Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.** Manual de Gestão e Gerenciamento. São Paulo: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN**: normas e rotinas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pneumoconioses** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL**. Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências, 2009.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Segurança e Saúde no Trabalho. **Análise de acidentes de trabalho**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.823 de 23 de agosto de 2012.** Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora/PNSTT. [s.n.], 2012.

BRASIL. **Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde, 2016a**.**

BRASIL. **Portaria nº 205 de 17 de fevereiro de 2016**. Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, na forma do Anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes, 2016b.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST). Regional de Florianópolis, 2013. Disponível em: http://cerestfpolis.blogspot.com.br/2013_04_01_archive.html. Acesso em: 02 abr. 2016.

CORDEIRO, R.; SAKATE, M.; GROTTI C. *et al.* Subnotificação de acidentes do trabalho não fatais em Botucatu, SP, 2002. **Revista de Saúde Pública,** v. 39, p. 254-260, 2005.

FACCHINI, L. A. *et al.* Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005.

FAGUNDES, G; ZANELLATO, M. A. **Silicose doença pulmonar ocupacional no trabalhador de mineração**. 2015. Disponível em: http://patologiaufvjm.weebly.com/uploads/2/3/4/2/2342487/silicose_1.pdf. Acesso em: 29 de abril de 2020.

FUNDACENTRO. Sílica e Silicose. **Programa Nacional de Eliminação da Silicose**, 2002. Disponível em: http://www.fundacentro.gov.br/silica-esilicose/apresentacao-do-programa. Acesso em: 21 mar. 2016.

GALDINO, A.; SANTANA V. S.; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 145-159, 2012.

GOELZER, B.; HANDAR, Z. Programa Nacional de Eliminação de Silicose. Um esforço nacional brasileiro. **Documento de Referência**. [s.d.]. Disponível em: http://www.geocities.ws/trabalhador13/PNES.pdf Acesso em: 21 mar. 2016.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, 2011.

MINAYO, G. C; MACHADO, J. M. H; PENA, P. G. L. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

RIBEIRO, F. S. N. **O Mapa da Exposição à Sílica no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ, MS, 2010. 94 p.

SESAU. Secretaria de Saúde de Chapecó. **Plano Municipal de Saúde 20142017**, 2013. Disponível em: http://secsaude.chapeco.sc.gov.br/uploads/oplanejamento/2/plano-de-saude-ii-ed-13052015.pdf. Acesso em: 02 mar. 2016.

SILVA, M. P; BERNARDO, M. H.; SOUZA, H. A. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. **Rev Bras Saude Ocup,** v. 41, n. e23, 2016.

SILVEIRA, D.T.; MARIN, H. F. Conjunto de Dados Mínimos de enfermagem: construindo um modelo em Saúde Ocupacional. **Acta Paul Enferm**. v. 19, n. 2, p. 218-27, 2006.

SALICIO, V. A. M. M.; BOTELHO, C.; SILVA, A. M. C. *et al.* Fatores associados às alterações da função pulmonar em trabalhadores de indústria de cerâmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p.1353-1360, 2013.

SOUZA, T.S.; VIRGENS, L.S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. bras. Saúde ocup**., São Paulo, 2012, v. 38, n. 128, p. 292-301.

SOUZA, T. P. *et al.* Agravos e doenças pulmonares em trabalhadores de mineração na Região do Médio Alto Uruguai - RS. *In*: DONATO, M.; DUARTE, L. C.; HARTMANN, L. A. (org.). **Inovação, Design e Pesquisas Aplicadas em Gemas, Joias e Mineração**. 6. ed. Porto Alegre: IGEO/UFRGS, 2015. v. 1, 82 p.

SOUZA, T. P.; MOREIRA, J. S.; KNORST, M. M. A Silicose nos trabalhadores de mineração da região do Médio Alto Uruguai do Rio Grande do Sul. *In*: HARTMAN, L. A.; TONEZER, J.; DONATO, M. (org.). **Tecnologia e Inovação em Gemas, Joias e Mineração.** 2. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2014. v. 1, p. 06-151.

5 LIGA ACADÊMICA DE SAÚDE DA MULHER COMO PROJETO DE EXTENSÃO: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DE MEDICINA E DE ENFERMAGEM

Lilian Baseggio
Ianka Cristina Celuppi
Cíntia Krilow
João Victor Garcia de Souza
Amanda Boff
Leonardo Félix Corezzolla
Maíra Rossetto

1 INTRODUÇÃO

A Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) é uma instituição de ensino superior diferenciada das demais universidades brasileiras. Apresenta sua origem nas lutas sociais da classe trabalhadora da região, em defesa da dignidade humana e melhores condições de vida. As mobilizações a favor da construção da UFFS foram organizadas por movimentos sindicais, ativistas, partidos políticos, movimentos ruralistas, movimentos estudantis, dentre outros, sendo a única universidade federal situada no interior de Santa Catarina, sediada na região oeste do estado. Ademais, a universidade também dispõe de um alto número de vagas para cotas raciais, estudantes de baixa renda, egressos de escola pública, indígenas, além de contar com processo seletivo especial para imigrantes haitianos e senegaleses (BRASIL, 2019).

Os cursos de graduação em Enfermagem e Medicina, ofertados pela instituição, também almejam uma formação profissional contra-hege-

mônica, que busca contemplar, de maneira prioritária, as necessidades da população local e regional, contribuindo, assim, para a redução das desigualdades socioeconômicas, ofertando cotas relacionadas à renda, formação em escola pública e presença de deficiências. O curso de graduação em Enfermagem, iniciado em 2010, juntamente com a fundação e início das atividades da UFFS, visa como egresso um enfermeiro generalista, crítico-reflexivo e preparado para atuar integralmente na assistência e no cuidado, sem dissociar ensino-pesquisa-extensão (UFFS, 2016). Não diferente, o curso de graduação em Medicina foi criado no *Campus* Chapecó (SC), em 2015, pelo Programa Mais Médicos, com a intenção de interiorizar e aumentar o acesso ao ensino médico, alinhado com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e com o objetivo de formar e fixar, na região, médicos generalistas capacitados para o fortalecimento da atenção primária à saúde (UFFS, 2018).

Com propostas inovadoras e diferenciadas de formação na saúde, também se espera que esses cursos promovam a integração dos estudantes durante a formação, estabelecendo a interprofissionalidade e as práticas colaborativas. Nesse sentido, as ligas acadêmicas são estratégias transformadoras, na qual é possível a conciliação entre ensino, pesquisa, extensão e cultura, reforçando o vínculo entre os acadêmicos participantes e professores, bem como entre a instituição e comunidade. De modo extracurricular, a união de atividades teóricas e práticas contribui para que os acadêmicos integrem seus conhecimentos e desenvolvam habilidades imprescindíveis para sua prática profissional futura (SILVA; FLORES, 2015).

É neste contexto, de compromisso com a justiça social e de inclusão das populações vulneráveis ao ensino superior, que a Liga Acadêmica de Saúde da Mulher (LASAM) foi criada e desempenha suas atividades com estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem. Dessa forma, o

objetivo deste capítulo é relatar as experiências de estudantes da graduação sobre a sua participação na LASAM durante a sua formação e o seu primeiro ano de funcionamento. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir da criação do projeto de extensão da Liga, que realizou oficinas, cursos, discussões e outras atividades envolvendo a comunidade universitária e regional da UFFS, *Campus* Chapecó (SC).

2 A LIGA ENQUANTO ESTRATÉGIA FORMATIVA

A LASAM foi fundada em julho de 2017, com o intuito de ampliar os debates e a construção do conhecimento acadêmico acerca das condições de saúde das mulheres, considerando o conceito ampliado de saúde e a pluralidade sociocultural das mulheres brasileiras. Nessa conjuntura, para a fundação da LASAM, foi essencial pensar no conceito de integralidade, um importante aspecto do processo de humanização da assistência em saúde. Sendo um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade visa abranger todos os enfoques do ser humano em sua completude, de maneira a melhor compreender o processo saúde-doença, considerando todo o contexto social e político em que está inserido (COELHO *et al.*, 2009).

Levando em consideração que o ser humano adoece por uma multiplicidade de fatores interrelacionados, como ambiente social, econômico, político ou cultural, percebe-se o quão desafiador e amplo é esse debate. Analisando todo o contexto histórico das sociedades, que foram, de forma majoritária, construídas sob pilares do patriarcado, subjugando a mulher a um papel submisso e a um padrão social muito restrito, entende-se a importância de discutir a integralidade no tocante a saúde das mulheres (COELHO *et al.*, 2009).

A LASAM surgiu com o propósito de refletir e fomentar a indagação a respeito da atribuição das mulheres dentro da sociedade, bem como, esses aspectos sociopolítico-culturais interferem na saúde das mulheres. O intuito foi focar não apenas em seus corpos, ainda restritos a útero e mamas em muitas disciplinas de ginecologia e obstetrícia, mas também em suas ocupações, desafios, preocupações, lutas, expectativas e seu papel na sociedade, em face a um ambiente machista, misógino e repleto de preconceitos.

Os autores, como membros fundadores, redigiram um estatuto para orientar as atividades da LASAM. Uma vez concluído, foi realizado o cadastro na plataforma da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM) e submetido ao Centro Acadêmico de Medicina Índio Condá (CAMIC) e ao Colegiado do Curso de Medicina, conferindo sua aprovação no dia 19 de julho de 2017. Após, foi criado e institucionalizado junto à UFFS o projeto de extensão "Saúde da Mulher como estratégia de formação nos cursos de Medicina e de Enfermagem, para regulamentar as futuras atividades da Liga.

A organização da LASAM fez parte do Componente Curricular Regular (CCR) de Saúde Coletiva IV e V, como atividade de extensão. Nesses CCR foi oportunizado aos estudantes o envolvimento com atividades de pesquisa e extensão, o que possibilitou ocupar carga horária do componente para a organização de atividades que se relacionassem com as temáticas trabalhadas dentro do campo da Saúde Coletiva, neste caso, a saúde das mulheres. No período em que a LASAM esteve relacionada à prática de extensão dentro do componente, os estudantes da Medicina tiveram encontros semanais para planejamento das atividades de extensão.

De maneira paralela, foi criado um projeto de cultura, que buscou, a partir da linguagem audiovisual propiciar novas discussões relacionados

às pautas da LASAM. As atividades de cultura se direcionaram a organização de cine debates que contemplaram questões de gênero, oportunizando aos estudantes e convidados a abordagem de temas que comumente não fazem parte de debates realizados em sala de aula sobre saúde da mulher.

A partir de então, os membros fundadores, também representando a primeira diretoria, reuniram-se e planejaram as atividades semestrais e o público-alvo das atividades. Foi disponibilizada a oportunidade para participação dos acadêmicos de Medicina e Enfermagem, de modo a fortalecer a união dos cursos e enriquecer o debate. Como membros da Liga, os acadêmicos puderam participar de todas as mesas-redondas, palestras, exibições e debates de filmes e atividades práticas.

Os objetivos das atividades realizadas no período foram a integração dos cursos da área da saúde, com discussões que abordassem o uso do gênero dentro da área da saúde, bem como, a desconstrução de mitos e estigmas relacionadas as nomenclaturas de gênero adotadas no cotidiano da formação universitária.

3 FALANDO SOBRE AS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS PELOS LIGANTES DA LASAM

As inscrições ocorreram a partir do preenchimento de formulário eletrônico e foram confirmadas mediante pagamento de uma taxa simbólica para custear despesas das atividades durante o semestre, tais como materiais utilizados e *coffee break*. No segundo semestre de 2017, a LASAM contou com 42 membros efetivos, sendo 31 alunos do curso de Medicina (73,8%) e 11 da enfermagem (26,2%). Já no primeiro semestre de 2018, 29 estudantes participaram das atividades da Liga, destes, 18 eram da Medicina (62,1%) e 11 da enfermagem (37,9%).

A abordagem utilizada na organização e realização das atividades visou à construção do pensamento crítico-reflexivo acerca dos condicionantes de saúde das mulheres, bem como os impactos que decorrem em suas vidas. Sendo assim, buscou-se entender sobre as diferentes mulheres e suas diferentes configurações, sejam elas negras, brancas, cis, trans, héteros, lésbicas, ricas ou pobres, bem como se buscou discutir sobre as condições trabalhistas das profissionais de saúde, na expectativa de lutar por um local de trabalho equânime e sadio.

A escolha das temáticas a serem debatidas priorizou assuntos que comumente não são contextualizados durante a formação acadêmica como, por exemplo uso do nome social, fatores socioculturais envolvidos em práticas de cuidado, populações LGBTQI+, entre outros. Assim, pode-se dar ênfase a questões socioeconômicas e político-culturais que são emergentes na sociedade contemporânea. Os convidados escolhidos para conduzir os encontros têm as mais diversas formações, permitindo uma ampla gama de debates envolvendo as questões que impactam direta ou indiretamente a saúde das mulheres.

Os resultados mostram que no primeiro ano de funcionamento, participaram 64 alunos como membros da liga, além de 35 participantes dos minicursos oferecidos no I Congresso Internacional de Políticas Públicas em Saúde (CIPPS) e Semana Acadêmica da Medicina, 64 participantes em eventos abertos (contando com alunos da UFFS não membros da liga, servidores e comunidade externa), e 137 alunos que participaram do projeto de cultura "Cine saúde da mulher".

A primeira atividade foi realizada em 30 de agosto de 2017 e contou com uma mesa de autoridades para inauguração da liga, seguida de uma dinâmica que questionava as diferenças cotidianas entre os gêneros, e duas palestras, a primeira abordando teorias de gênero e a segunda sobre as doenças emergentes nas mulheres na contemporaneidade. As

demais atividades desenvolvidas durante o primeiro ano da LASAM estão descritas a seguir:

30/08/2017: Abertura das atividades da liga com as palestras "Introdução às teorias de gênero" e "A mulher e as doenças emergentes na contemporaneidade" (Enfermeira e médica);

13/09/2017: Palestra "Sífilis na gestação" (Médica ginecologista e obstetra);

21/09/2017: Palestra "Contracepção na adolescência" (Médica ginecologista e obstetra);

06/10/2017: Mesa-redonda "Outubro mulher, saúde rosa: entre nessa luta!" (Médico oncologista, enfermeira e paciente);

23/11/2017: Exibição e debate do filme "A Garota Dinamarquesa" (Enfermeira);

06/12/2017: Minicurso "Gênero e políticas públicas de saúde: para além das denominações" ofertado durante o I Congresso Internacional de Políticas Públicas em Saúde (Jornalista e militante de movimento feminista);

14/03/2018: Exibição e debate do filme "Histórias Cruzadas" (Enfermeira);

05/04/2018: Dinâmica, discussão e palestras "Violências contra as mulheres (Enfermeiro, médica ginecologista e obstetra);

17/04/2018: Exibição e debate do filme "Flor do Deserto" (Enfermeira);

17/05/2018: Palestra "Parto humanizado" (Médica ginecologista, enfermeira obstetra, enfermeira consultora em amamentação, fisioterapeuta, nutricionista);

07/06/2018: Minicurso "Gênero e saúde: para além das denominações" ofertado durante a II Semana Acadêmica do curso de

Medicina e I Simpósio de Urgência e Emergência (Jornalista e militante de movimento feminista);
20/06/2018: Exibição e debate do filme "Histeria" (Enfermeira).

Durante a trajetória da LASAM, o espaço de discussão sobre a saúde das mulheres, esteve sempre vinculado a paradigmas, tabus e assuntos considerados polêmicos por parte da sociedade. Fomentar a discussão desses assuntos oportuniza a ressignificação de pensamentos, ideais, opiniões e sua postura no mundo, sendo exemplos de mudanças íntimas que ocorrem no meio acadêmico a partir do acesso à informação.

4 ATIVIDADES REALIZADAS PELA LASAM

A abertura das atividades da LASAM foi organizada pelos estudantes da diretoria por meio de duas intervenções. A primeira, foi uma fala da Profa. Maíra Rossetto, com o título: "Introdução às teorias de gênero", em que foi possível abordar as diferentes teorias que discutem o gênero e suas diferentes denominações. Posteriormente, a Profa. Patrícia Oliveira fez uma fala intitulada: "A mulher e as doenças emergentes na contemporaneidade", trazendo aspectos de cuidado as mulheres e os principais agravos a sua saúde. As fotos 1 e 2 mostram a abertura das atividades, com a primeira diretoria e o grupo de estudantes que fez parte do primeiro evento.

Foto 1 – Primeira diretoria da liga

Fonte: Acervo fotográfico da LASAM (2017).

Foto 2 – Primeiro grupo de estudantes da liga

Fonte: Acervo fotográfico da LASAM (2017).

As mulheres são as principais frequentadoras do SUS, não apenas para seus atendimentos, mas também no papel de cuidadoras do grupo familiar. A situação de saúde das delas, além de todos os condicionantes já citados, é agravada pela sobrecarga de trabalho doméstico e discriminação nas relações de trabalho. Sendo que a vulnerabilidade de sua saúde se relaciona mais com esses fatores sociais, do que com condições biológicas (BRASIL, 2004). Assim, faz-se impossível discutir a integralidade da saúde da mulher, sem adentrar em aspectos sociais do gênero e no próprio feminismo.

A temática "Sífilis na gestação" foi discutida pela Prof.ª Adriana Wagner e mostrou a relevância de discutir esse tema pelo aspecto epidemiológico e clínico, tendo em vista, que em Chapecó, no período de desenvolvimento da atividade, havia um número expressivo de casos da doença, inclusive nas gestantes e com transmissão vertical. Os dados do município de Chapecó mostram que ocorreram 179 casos de sífilis em gestantes e 16 casos de sífilis congênita, aumentando quando comparado a anos anteriores (CHAPECÓ, 2021).

A "Concepção na adolescência" foi um dos temas elencados pelos estudantes para serem desenvolvidos durante o semestre. A palestra buscou trabalhar dogmas e dificuldades de planejamento familiar nessa fase da vida. Além de entender melhor sobre os diversos métodos de contracepção disponíveis, foram abordados os impactos da gestação na adolescência e início da vida adulta, bem como a necessidade de contrapor as desvantagens de cada método. A temática ainda serve para entender o papel dos profissionais enquanto prestadores de informação e acolhimento, buscando desatrelar o olhar de julgamento a favor de uma postura de apoio e entendimento.

No mês de outubro, realizou-se a mesa "Outubro mulher, saúde rosa: entre nessa luta!" com a participação de um médico oncologista Dr.

Marcelo Moreno, enfermeira Mestra Sonia Maria e a paciente Ilza Campos, que enfrentou o câncer de mama e hoje faz parte da Rede Feminina de Combate ao Câncer de Chapecó (SC). Esse evento buscou trazer a atuação da equipe multiprofissional no atendimento à mulher com câncer, apresentando desde os princípios biológicos do câncer de mama, como aspectos importantes do diagnóstico, cuidado e acompanhamento. Na oportunidade, também tentamos trazer o olhar de quem não só passou por essa experiência, mas que foi alvo dos cuidados e atenção de profissionais da saúde, explanando sobre como foi o processo de diagnóstico, tratamento e enfrentamento da doença, e como é possível facilitar esse percurso.

A questão das violências enfrentadas pelas mulheres foi discutida com base em imagens de anúncios, poemas, letras de músicas, tirinhas, reportagens e comentários de redes sociais. Esses materiais foram entregues para grupos que, a partir de cada fonte/linguagem, iniciaram a discussão sobre os impactos das violências que estão enraizadas na sociedade, buscando entender nuances da agressão que nem sempre são óbvios. Após as discussões em pequenos grupos, cada qual socializou suas impressões a partir da mediação e discussão proposta pelo enfermeiro Dr. Cláudio Claudino da Silva Filho. Por fim, a médica ginecologista e obstetra, Patrícia Oliveira, abordou o atendimento à mulher vítima de violência sexual. A atividade instigou os acadêmicos a questionarem suas realidades e entenderem o quanto a violência passa despercebida quando não resulta em impacto físico. Desta forma, entender as agressões que são invisíveis, permite que os profissionais de saúde sejam mais críticos, sensíveis e acolhedores em suas atuações. A mesa sobre "Parto humanizado" foi discutida pelo grupo Acolher e contou com a participação de diferentes profissionais de saúde, como médica ginecologista, enfermeira obstetra, enfermeira consultora em amamentação, fisioterapeuta e nu-

tricionista. Estas profissionais sinalizaram a importância de um atendimento realizado por uma equipe de profissionais antes, durante e depois do parto, abordando questões como a nutrição, fisioterapia pélvica, parto, amamentação, dentre outros assuntos. A interprofissionalidade têm surgido como importante debate nas discussões sobre formação, deste modo, oportunizar espaços onde é possível entender e vivenciar o trabalho interdependente, contribui para a formação de profissionais mais conscientes, melhorando, assim, a qualidade do serviço em saúde.

Além das atividades de ensino e extensão, a LASAM buscou estimular entre seus membros as atividades de pesquisa e a materialização de seus resultados e experiências em meios científicos. No breve período de início de suas atividades já foram apresentados resumos em diversos eventos relatando as experiências da LASAM, que se encontram descritas na sequência:

> I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde – Relato de experiência sobre a criação da Liga Acadêmica de Saúde da Mulher (LASAM);
>
> 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Experiências da Liga Acadêmica de Saúde da Mulher (LASAM) – UFFS Chapecó (SC);
>
> VIII Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão (SEPE) da UFFS – Cine Saúde da Mulher: promovendo espaços culturais dentro da Liga Acadêmica de Saúde da Mulher (LASAM);
>
> VIII Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão (SEPE) da UFFS – Liga Acadêmica como veículo de interdisciplinaridade: atividades da Liga Acadêmica de Saúde da Mulher (LASAM);
>
> VIII Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão (SEPE) da UFFS – Promoção de minicurso sobre gênero, sexualidade e saúde pela Liga Acadêmica de Saúde da Mulher (LASAM).

5 OS MINICURSOS REALIZADOS PELA LASAM

O minicurso “Gênero e políticas públicas de saúde: para além das denominações”, ofertado durante o I Congresso Internacional de Políticas Públicas em Saúde, e o minicurso “Gênero e saúde: para além das denominações”, que ocorreu durante a II Semana Acadêmica do curso de Medicina e I Simpósio de Urgência e Emergência, foram atividades abertas à comunidade externa à LASAM, e oportunizaram debates e trocas de experiências notáveis.

Estas atividades foram conduzidas por uma mulher militante das causas de gênero e sexualidade, Carolina Listone, bem como pela jornalista Flávia Durgante, que também trabalha com esta temática. Inicialmente, houve uma explanação acerca do panorama das questões de gênero no país e no mundo, com apresentação de dados e conceitos que serviram de base para as discussões de grupo. Após este momento inicial, realizou-se a dinâmica do café mundial, na qual se fez uso de fotografias como instrumentos propulsores para o debate em grupo. Nesta dinâmica, os participantes foram separados em equipes e foram estimulados a interpretar as imagens de modo a elencar tópicos prioritários para o debate em grande grupo.

Com a socialização entre os participantes, constatou-se que as questões de gênero e sexualidade interferem negativamente na vida das mulheres, resultando em prejuízos sociais, econômicos, culturais e familiares. A cultura sexista e machista, instaurada na sociedade, determina o modo de agir e pensar social, contribuindo para manutenção de violência e opressão contra as mulheres (CARDOSO, 2018).

Deste modo, o Estado deve estabelecer estratégias para o enfrentamento das iniquidades que acometem as mulheres, visando facilitar seu acesso aos serviços de saúde e garantir sua dignidade. Já existem al-

gumas políticas de saúde direcionadas às diversas mulheres brasileiras, como política para a mulher do campo, em situação prisional e à população LGBT, no entanto, ainda se identificam alguns obstáculos para sua efetivação.

6 ATIVIDADES CULTURAIS PROMOVIDAS PELA LASAM

Desde o início de sua atuação, a LASAM buscou promover os quatro pilares da universidade pública: ensino, pesquisa, extensão e cultura. O projeto de cultura "Cine LASAM- discutindo a saúde das mulheres" utilizou da mídia cinematográfica para criar um espaço lúdico e, ao mesmo tempo, crítico, na intenção de incentivar a apropriação do conhecimento e acesso a filmes relevantes para a formação.

Cada atividade contou com a projeção de um filme e posterior discussão, envolvendo sempre fatores relacionados à história e à saúde das mulheres. As sessões ocorreram em auditórios da UFFS, *Campus* Chapecó ou Reitoria, e docentes foram convidados para fazer parte da roda de conversa e mediar o debate sobre os filmes. A proposta buscou fomentar a cultura e o empoderamento feminino, assim, o acesso à arte cinematográfica foi ampliado e as consequentes discussões foram facilitadoras do processo de crescimento pessoal dos participantes, à medida que estimularam a reflexão sobre ações e pensamentos da sociedade atual. A seguir são apresentadas breves discussões sobre os filmes apresentados pelo projeto cultural LASAM.

a) A Garota Dinamarquesa

Nos dias atuais, a aceitação e entendimento da transexualidade é considerada um grande desafio, assim como outras questões relacionadas ao público de lésbicas, gays, bissexuais e queer. Todavia, além do enfrentamento do gênero, as pessoas transsexuais podem ter de enfrentar

questões relacionadas à orientação sexual. Desse modo, elas costumam estar entre as mais marginalizadas, especialmente no Brasil, país que lidera o *ranking* de violência à população de lésbicas, gays, bi e transexuais e queer (LGBTQ), tendo sido registradas 164 mortes de transexuais em 2018 (MICHELS *et al*., 2018).

O filme "A Garota Dinamarquesa" (2015), de Tom Hooper, tem papel reeducador nesse contexto, oportunizando reflexões sobre a luta das pessoas trans e a cirurgia de redesignação sexual nos anos 30 em Viena, Áustria. Além de incitar os participantes ao pensamento crítico sobre direitos humanos, possibilitou também o entendimento de como a ciência é partícipe no processo de aceitação de pessoas discriminadas pelas suas diferenças.

No Brasil, a primeira cirurgia de redesignação sexual ocorreu apenas em 1959 e nos últimos anos tem-se aprimorado as técnicas e indicações cirúrgicas. Nesse contexto, acadêmicos de Enfermagem e Medicina perceberam o poder da ciência em direcionar as sociedades no processo de aceitação das pessoas trans, uma vez que, a partir da liberação da cirurgia e do entendimento que não há desvios psiquiátricos, como se defendia anteriormente, parte da população refratária à aceitação dos transexuais começa a estar aberta a novas compreensões (ARÁN, 2009).

Pelo fato de as discussões ocorrerem em ambiente acadêmico e os participantes se encontrarem na faixa etária de adultos jovens, percebe-se que existe um respeito e compreensão muito maior sobre as pessoas transexuais, se comparado com o restante da população brasileira.

b) Histórias Cruzadas

O filme Histórias Cruzadas, lançado em 2011 e dirigido por Tate Taylor, se passa no Mississipi, na década de 1960, abordando de maneira crítica e sem cortes o extremo racismo que embasava a sociedade à época. O protótipo de família ideal deveria conter sempre uma empregada

“negra”, as quais eram tratadas como se fossem invisíveis por não terem direitos cidadãos, apenas deveres. As mulheres negras, quando nasciam, eram ensinadas a serem empregadas domésticas, cumprindo uma sina, como suas mães e avós que também exerciam a mesma tarefa.

A segregação se iniciava já durante o uso do transporte público, que não permitia que brancos e pretos utilizassem o mesmo veículo, e se estendia para situações cotidianas, como o uso de banheiros separados dos brancos. Apesar de afirmarem que essa separação seria para evitar doenças, ainda assim, eram as empregadas negras que cuidavam dos filhos dos patrões, que muitas vezes deixavam de lado seu papel como pais.

Embora a constituição americana garantisse direitos fundamentais a todos os cidadãos, fatores como a segregação social, a atuação da Ku Klux Klan e leis estaduais direcionavam uma negação dos direitos aos negros. Essa situação de injustiça teve o estopim na década de 1960, que contextualiza o filme, quando lideranças como Malcolm e Martin Luther King atuaram para romper este cenário. Na mesma década, leis foram promulgadas para sedimentar as conquistas dos negros, assegurando o fim da segregação racial em espaços públicos. Ainda assim, resquícios deste passado permanecem assolando os americanos, pois os negros ainda são a maioria dos desempregados e pobres do país, sendo no Brasil uma realidade muito próxima, com exclusão da população negra dos direitos sociais.

c) Flor do Deserto

Baseado em uma história real, o filme de 2009, dirigido por Sherry Hoffmann, conta a vida da modelo Waris Dirie, embaixadora da ONU. Nascida na Somália, ainda bebê teve sua genitália mutilada e costurada, por um costume das tribos locais. Aos 13 anos escapa de casamento arranjado, atravessa o deserto até que consegue ir para Londres. Depois de

muito tempo, acabou sendo descoberta por um famoso fotógrafo, o que muda sua vida.

Embora mostre cenas chocantes por seu conteúdo, o que mais impacta no longa é o fato de ser a realidade do modo de vida e costumes que objetificam a existência feminina, para além do que a cultura ocidental considera aceitável. Aqui, a mulher é vista como um estorvo ou, no melhor dos casos, um bem para troca. Seu prazer é negado, sua natureza é impura e suja. A fuga de Waris não é apenas de um casamento forçado, mas de uma vida sem direitos, de estupros, de servidão, de sofrimento, de uma existência que beira a violência. Seu caminho é árduo e não isento de sofrimentos, escapando para uma realidade ainda difícil, se encontra como imigrante ilegal, sem saber falar a língua local, realizando serviços de limpeza e se alimentando de sobras. Encontra em seu caminho uma amiga que a ajuda imensamente, demonstrando a sororidade mesmo com os conflitos existentes.

Em uma das cenas mais emblemáticas, Waris sofre dores pela mutilação ocorrida em sua infância e é levada a um pronto atendimento. Lá, o único profissional que sabe falar seu dialeto é responsabilizado por traduzir as palavras do médico, que busca orientá-la e apoiá-la, no entanto, ele aproveita o momento para atacá-la. Aqui somos confrontados com a falta de ética, tão óbvia quando esse profissional julga Waris "uma vergonha para seu povo", mas que muitas vezes é mais sutil e, por isso, despercebida.

O modo como a protagonista revoluciona e ressignifica sua vida é simplesmente fantástico. Não é apenas um final feliz, mas a esperança que suas ações e sua própria história de vida possam mudar a vida de milhares de meninas que ainda sofrem imensamente com os espólios de um modo de vida indigno a qualquer ser. A foto 3 mostra os estudantes durante a exibição do filme Flor do deserto.

Foto 3 – Exibição do filme Flor do deserto

Fonte: Acervo fotográfico da LASAM (2018).

d) Histeria

O filme Histeria, lançado em 2011 e dirigido por Tanya Wexler, aborda de maneira irreverente a sexualidade feminina e a invenção do vibrador no final do século XIX.

Continuamente, mulheres que não seguiram aos padrões estabelecidos por suas épocas foram condenadas ao ostracismo, queimadas, julgadas, trancadas em manicômios ou simplesmente marginalizadas. Com o passar do tempo, doenças foram criadas para amenizar suas inconformidades, assim quando uma mulhor se encontrava insatisfeita com sua vida, ao invés de tentar melhorar suas condições, era considerada histérica e para tal era tratada.

No filme, os personagens Robert e Granville, são médicos e tratam suas pacientes "histéricas" com massagens clitorianas. Ambos passam a ter lesões pelo esforço e acabam desenvolvendo um aparelho elétrico para substituir o trabalho manual. Logo o aparelho é popularizado e

passa do consultório médico para a vida privada das mulheres. Assim, o aparelho que representa uma grande revolução da sexualidade e prazer feminino, gerou essas mudanças apenas como efeito colateral.

Os filmes tiveram como objetivos, o estímulo para que as pessoas sejam proativas na vida universitária e na comunidade, agindo não só como enfermeiros, médicos e profissionais da saúde, mas como cidadãos. Assim, a atuação da LASAM pode perpassar o espaço acadêmico tanto em suas ações diretas na comunidade, quanto indiretas por meio de seus participantes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A LASAM, pela forma como foi fundada e proposta, pode ser considerada inovadora, pois foi a primeira liga da UFFS, *Campus* Chapecó, de caráter interprofissional, que reuniu estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem. Assim, corroborando com o papel fundamental de uma liga acadêmica, a LASAM propõe, desde os seus primórdios, o compromisso de complementar – e não de substituir – os CCR cursados pelos discentes no decorrer de suas graduações.

O entendimento de saúde como um processo amplo e multifatorial demanda a análise integrada do contexto atual e histórico que nos trouxe até o momento. Nesse sentido, sabe-se que o gênero feminino enfrenta estigmas desde a primeira infância, os quais englobam desde restrições sociais a comportamentais, culminando em submeter a mulher a ocupar situações e papéis submissos, comprometendo sua saúde. Desse modo, a LASAM visou – também de maneira inovadora – o enfoque diferenciado para entender este contexto, que pode se exacerbar ainda mais considerando a individualidade de cada uma das diferentes configurações possíveis de mulheres.

À medida que os eventos supracitados ocorriam, as discussões e reflexões acerca dos temas debatidos se tornavam cada vez mais conscientes pelos estudantes dos cursos e docentes envolvidos, uma vez que se apropriaram de questões com as quais ainda não haviam se deparado. Ao final do primeiro ano de liga, a desconstrução de paradigmas – muitos fortalecidos pela sociedade patriarcal brasileira na qual cresceram os ligantes – se tornou notória, configurando-se em uma marca representativa da liga e também dos ligantes. Os benefícios de uma visão e perspectivas ampliadas sobre a "saúde da mulher" são incalculáveis, tornam o acadêmico mais apto a compreender as escolhas, as condições e o adoecimento de determinada mulher – o que contribui para uma melhor relação na sua prática profissional.

Por ter sido uma das primeiras ligas a estruturar-se na UFFS, o desafio inicial de construir regimento, projetos e a estrutura funcional foi enfrentado pelos estudantes. A partir de sua regulamentação, a organização das atividades precisava contemplar os horários dos estudantes dos dois cursos, em diferentes fases e em diversos campos de aula teóricas e práticas. Mais do que isso, propiciar a interação dos estudantes e pensar atividades que pudessem ser ministradas por profissionais que tivessem o olhar interprofissional e que suscitassem processos de formação diferenciados.

A contribuição para a formação dos estudantes está na possibilidade de diálogo entre profissões que historicamente 'funcionam' de modo isolado, muito embora, exerçam atividades nos mesmos espaços e que exigem o trabalho em equipe. A apropriação dos conhecimentos dos estudantes centrados numa visão ampliada de saúde da mulher também se constitui um diferencial, uma vez que, as abordagens tradicionais e biomédicas estão centradas na queixa conduta, desconsiderando aspectos tão atuais do cuidado às mulheres como violência, gênero, discriminação,

saúde mental, mercado de trabalho, maternidade, doenças contemporâneas, entre tantas outras questões que são muito mais sociais e culturais do que biológicas.

Buscou-se abordar, neste capítulo, o primeiro ano de funcionamento da LASAM que já está entrando em seu terceiro ano de atividades. Sendo assim, muitas outras práticas já foram realizadas na UFFS e na comunidade regional. Para dar conta da ampliação das atividades da liga, no ano de 2018, o projeto de extensão foi remodelado e configura-se, atualmente, como um programa de extensão que conta com diversas áreas de atuação e integração que buscam fomentar ações de pesquisa, extensão e cultura. As ações realizadas pelo programa versam sobre a necessidade de estimular, desde a graduação, a inserção da extensão nos currículos e promover outros contextos de aprendizado para os estudantes que extrapolem a sala de aula.

REFERÊNCIAS

ARAN, M.; MURTA, D.; LIONCO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004. 82 p.

BRASIL. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2019-2023.** 2019. Disponível em: https://www.uffs.edu.br/institucional/a_uffs/a_instituicao/plano_de_desenvolvimento_institucional/pdi-2019-2023. Acesso em: 18 jul. 2019.

CARDOSO, A. **Imposição de Gênero e Sexualidade**: A violência de uma cultura heteronormativa. 2018. 63 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 2018. Disponível em: http://reposi-

torio.ismt.pt/bitstream/123456789/960/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O_AldrynCardoso_pdf.pdf. Acesso em: 11 jul. 2019.

COELHO, E. A. C. *et al.* Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm,** v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009.

MICHELS, E. *et al.* **Mortes Violentas de LGBT+ No Brasil.** Grupo Gay da Bahia – GGB. Relatório 2018.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CHAPECÓ. Disponível em: https://www.chapeco.sc.gov.br/noticia/362/plano-municipal-de-saude-e-debatido-em-chapeco. Acesso em: 13 abr. 2022.

SILVA, S. A.; FLORES, O. Ligas Acadêmicas no Processo de Formação dos Estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 410-425, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL (UFFS). **Projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem.** 2016. Disponível em: https://www.uffs.edu.br/atos-normativos/ppc/ccenfch/2010-0001. Acesso em: julho de 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL (UFFS). **Projeto pedagógico do curso de graduação em medicina.** 2018. Disponível em: https://www.uffs.edu.br/atos-normativos/ppc/ccmech/2018-0001. Acesso em: julho de 2019.

6 PROJETO SOCORRISTA: PRIMEIROS SOCORROS, RECONHECIMENTO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Daciele Paola Preci
Felipe Comin
Julia Canci
Paulo Henrique Guerra

1 INTRODUÇÃO

Das medidas que se caracterizam como procedimentos de primeiros socorros, podem ser destacadas as manobras de desobstrução de via aérea por corpo estranho e as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), que, por sua vez, são consideradas simples e de grande efetividade à manutenção das funções vitais, alívio do sofrimento e, sobretudo, manutenção da vida das pessoas até a chegada dos serviços especializados de emergência ao local, reduzindo, assim, o risco de sequelas e de morte (PERGOLA; ARAUJO, 2009).

Cabe mencionar que essas condutas podem ser exercidas por qualquer pessoa devidamente capacitada, sem necessariamente que ela seja especialista ou profissional da saúde. Entretanto, visto que estas técnicas são desconhecidas por boa parcela da população, ou são executadas de forma inadequada, tomando como base o senso comum (TAVARES; PEDRO; URBANO, 2016), amplia-se a dificuldade de ação por parte dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que,

no Brasil, são os principais responsáveis pelo primeiro atendimento especializado às vítimas.

Dentre as causas emergenciais que mais necessitam de atendimento no ambiente pré-hospitalar, está a parada cardiorrespiratória (PCR), um mal súbito que, geralmente, ocorre distante do alcance dos profissionais da saúde (TAVARES; PEDRO; URBANO, 2016). Uma vez que a PCR ocasiona progressivos danos aos tecidos cerebrais, nos casos não imediatamente abordados, grande parte do sucesso do socorro ao paciente decorre de ações, como a habilidade de sua detecção, o acionamento do serviço de emergência e, acima de tudo, de um adequado manejo precoce das manobras de RCP (SALAZAR; GASPAR; SANTOS, 2017).

A morte súbita, ocasionada por arritmias cardíacas e infarto agudo do miocárdio, é responsável por um grande número de mortes. Aponta-se que a metade destes óbitos ocorre antes do primeiro atendimento especializado ou, de a vítima chegar ao hospital (SILVA *et al.*, 2017). Além disso, também se reconhece que, sem a devida assistência, há queda progressiva na taxa de sobrevida da pessoa acometida pela PCR a cada minuto (VALENZUELA *et al.*, 1997). Via de regra, decorridos quatro minutos de PCR sem qualquer intervenção, surgem danos aos tecidos cerebrais, e em um total de dez minutos de anóxia pode ocorrer a morte cerebral (SILVA *et al.*, 2017).

Sabe-se que os locais que possuem maior fluxo de pessoas são os mais susceptíveis à intercorrências de saúde que necessitem de primeiros socorros. Por esse motivo, a *American Heart Association* recomenda que a capacitação em suporte de vida deva ser iniciada na infância, no contexto escolar, no sentido de contribuir para a formação de adultos que possam atuar na comunidade, a exemplo do que ocorre em alguns países de alta renda (CAVE *et al.*, 2011). Em virtude da ausência de disciplinas sobre essa temática na formação escolar no país, o quadro brasileiro é li-

mitado. O desconhecimento sobre ações que devem (e sobretudo, as que não devem) ser tomadas em situações em que são necessários procedimentos de primeiros socorros e, em contextos de grande importância, como o universitário, expõe a necessidade de programas de educação em primeiros socorros, para a devida atuação nos casos de emergências (LEITE *et al.*, 2018).

Tomando por base esse cenário, um projeto de extensão foi idealizado e desenvolvido ao longo do segundo semestre de 2019, tendo como objetivo desenvolver um programa de capacitação em primeiros socorros para técnicos, professores e acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó.

2 PERCURSO DO PROJETO

Em agosto de 2019, um projeto de extensão de demanda espontânea foi elaborado por discentes matriculados na quinta fase do Curso de Medicina da UFFS – Chapecó e submetido à Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEC). Cabe mencionar que a proposta foi potencializada pela oferta de espaços às pesquisas e projetos de extensão no âmbito do Componente Curricular Regular (CCR) de Saúde Coletiva V.

Esta iniciativa consistiu em uma ação interinstitucional que envolveu a colaboração entre acadêmicos do Curso de Medicina, membros da Liga Acadêmica de Urgência e Emergência Médica (LAURGEM) da UFFS – Chapecó e profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município. Os discentes e também membros da referida liga, sob coordenação de um docente do CCR Saúde Coletiva V, elaboraram o projeto e reuniram-se com o SAMU para firmar parceria, visto que, esta instituição já possuía outro projeto semelhante na área de

primeiros socorros e de coparticipação com a LAURGEM, que ocorrerá nas escolas da rede municipal de Chapecó, intitulado "SAMU nas escolas".

Em um primeiro momento, 13 discentes, sendo 11 deles membros voluntários da LAURGEM, foram encarregados de ministrar as oficinas e, para tanto, receberam treinamento por profissionais do SAMU sobre os temas do conteúdo programático, para atuarem como multiplicadores de conhecimento. A capacitação ocorreu em duas edições nas dependências do Serviço Aeropolicial de Fronteira (SAER-FRON). Com isso, os acadêmicos puderam praticar as técnicas de RCP e desobstrução de vias aéreas com o auxílio de manequins anatômicos sob supervisão e instrução de profissionais capacitados na área.

Os temas e as ações das oficinas foram elaborados em parceria com os profissionais do SAMU, tomando-se como base as causas emergenciais que mais necessitam de atendimento médico especializado na cidade de Chapecó. Apresentam-se, a seguir, alguns aspectos do curso de extensão sobre primeiros socorros.

Modelo lógico do curso de extensão sobre primeiros socorros

1) Fundamentos dos primeiros socorros:
   a) Conscientização: importância do socorrista, indicadores de prognóstico e casos;
   b) Rede de assistência de urgência e emergência existente em Chapecó: SAMU, Serviço de Atendimento e Resgate Aeromédico (SARA), Corpo de Bombeiros, ambulância, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais etc.

2) Abordagens relacionadas aos eventos
   a) Parada cardiorrespiratória, no sentido de identificação e realização de ressuscitação cardiopulmonar;

b) Crise convulsiva: orientações e primeiros cuidados;
c) Asfixia: manobras de desobstrução de via aérea por corpo estranho;
d) Reconhecimento de acidente vascular encefálico (AVC).

Em parceria com a Assessoria de Comunicação da UFFS – *Campus* Chapecó, houve grande divulgação do projeto, resultando na confecção de cartazes (Figura 1) e disseminação de informações nas mídias sociais da universidade e da LAURGEM. As inscrições se deram por meio da ferramenta *Google Forms*, momento este em que os participantes ainda responderam a um breve questionário, com abordagem de natureza exploratória, sobre a temática das oficinas, visando analisar o conhecimento pré-existente sobre primeiros socorros, reconhecimento de AVC e PCR. Inicialmente, as vagas foram ofertadas a técnicos e professores da UFFS e, em vista do grande número de solicitações, também foram estendidas a acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Medicina.

Figura 1 – Cartaz de divulgação do curso de extensão sobre primeiros socorros

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Ao todo, foram realizadas quatro oficinas teórico-práticas no Laboratório de Semiologia da UFFS, para turmas de, no máximo, 15 participantes. As oficinas foram ministradas por acadêmicos capacitados (pelo menos três), sob a supervisão de quatro profissionais do SAMU.

Foram empregadas metodologias ativas, alternando a exposição dos passos norteadores no atendimento em primeiros socorros por meio de recursos audiovisuais com simulações de atendimento a vítimas de engasgamento, PCR e AVC, envolvendo os próprios colaboradores e modelos anatômicos (manequins) do referido laboratório. Da mesma forma, foram incluídas atividades práticas relacionadas aos movimentos e posições adequadas para prestar o atendimento.

Após o treinamento, os participantes foram estimulados a compartilhar situações de emergência vivenciadas e analisar as condutas tomadas no episódio, julgando-as adequadas ou não ao desfecho do caso, no intuito de demonstrar a importância do conhecimento de tais técnicas. No total, foram capacitadas 52 pessoas.

3 DISCUSSÃO E VISÃO DA EQUIPE

Reiterando o fato de que, a maior parte das situações que envolvem uma PCR ocorre em ambientes onde geralmente não há um profissional de saúde que possa dar o devido atendimento, é importante que cada vez mais pessoas sejam capacitadas no âmbito dos procedimentos de primeiros socorros, de modo que os danos à saúde advindos de uma PCR possam ser minimizados (TAVARES; PEDRO; URBANO, 2016). Desta forma, oficinas teórico-práticas ofertadas dentro do ambiente de trabalho, assim como em escolas e universidades, são essenciais para modificar as estatísticas desfavoráveis sobre primeiros socorros.

Em uma pesquisa exploratória realizada com profissionais de uma escola de ensino básico, Leite *et al.* (2018) apontaram que cerca de 90% dos entrevistados não possuíam treinamento para atuar em uma situação de emergência. Nesse sentido, em paralelo ao formulário de inscrição, buscou-se avaliar o nível de conhecimento sobre primeiros socorros, em questionário aplicado no momento da inscrição, os participantes das oficinas foram indagados se já haviam realizado algum curso prévio sobre a temática.

Neste trabalho, dentre os 52 inscritos, 37 (71,2%) afirmaram não ter recebido nenhum tipo de formação sobre primeiros socorros. Mais especificamente, três docentes (5,8% dos inscritos) afirmaram que o projeto se constituiu como a primeira experiência relacionada aos primeiros socorros. Este fato denota que é pequena a proporção de alunos e servidores da universidade que estão preparados para agir frente às situações que exijam suporte básico e/ou avançado de vida, estando a comunidade acadêmica em situação vulnerável. Assim, recomenda-se que mais ações como estas sejam desenvolvidas a fim de elevar o número de pessoas capacitadas, tornando-os, também, multiplicadores de conhecimento em seus círculos de convívio.

O Suporte Básico de Vida (SBV) compreende as etapas: reconhecer a PCR, solicitar ajuda do SAMU e realizar manobras de RCP (SILVA *et al.*, 2017). Desta forma, os conhecimentos ministrados nas oficinas objetivaram oferecer um aprendizado em primeiros socorros a ser usado universalmente pelos participantes, uma vez que essa estratégia assistencial visa minimizar os danos decorrentes de uma PCR se forem feitos precocemente e de maneira eficaz (MOTA; ANDRADE, 2015).

A identificação de sinais do Acidente Vascular Cerebral (AVC) também é extremamente importante para o aumento da sobrevida dos pacientes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Aci-

dente Vascular Cerebral (AVC) ocorre devido à interrupção da circulação sanguínea para o cérebro, a qual pode ser causada pelo rompimento de um vaso sanguíneo (AVC hemorrágico) ou pelo bloqueio por um coágulo (AVC isquêmico). Assim, o cérebro fica deficiente de oxigênio e nutrientes, danificando o tecido cerebral (WHO, 2006).

Nas oficinas foi mencionado que, aos primeiros sintomas, que incluem fraqueza, formigamento da face, membros superior e inferior, especialmente de um lado, confusão mental, distúrbios de visão e dor de cabeça súbita e intensa, é imprescindível o acionamento do SAMU (BRASIL, 2013).

Outro tópico abordado nas oficinas foi a obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE), que acontece, geralmente, durante a alimentação, traumas da face ou em momentos de distração. Esses incidentes são potencialmente fatais devido à cianose (coloração azulada da pele) que varia em função do grau de obstrução da via aérea e, estando a traqueia e a laringe totalmente obstruídas, exige-se uma ação rápida para evitar complicações graves. Portanto, é imprescindível que o manejo da OVACE seja divulgado e amplamente difundido, inserindo, assim, um conhecimento balizador de desfechos no cotidiano dos cidadãos (MOTA; ANDRADE, 2015).

O Projeto Socorrista: primeiros socorros, reconhecimento de AVC e PCR, teve um feedback positivo dos participantes. As oficinas foram realizadas cumprindo todo o cronograma e os conhecimentos disseminados foram entendidos como de grande importância para os inscritos. Afinal, como apontam Ragadali Filho *et al.* (2015), “um treinamento de primeiros socorros vai ser sempre de grande utilidade em qualquer momento da sua vida”.

Conforme o artigo 207 da Constituição brasileira, as universidades devem obedecer ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesqui-

sa e extensão, uma vez que é por meio de projetos de extensão, elaborados em conjunto com o ensino e a pesquisa, que ocorre a relação entre a sociedade e a universidade. Essa relação possibilita uma formação voltada à cidadania e se qualifica, cada vez mais, como um instrumento de superação para as desigualdades sociais existentes (MENDONÇA; SILVA, 2002).

Atividades de extensão promovem uma nova maneira de aprender, integrando diversas formas de conhecimento que são essenciais para uma formação completa do acadêmico. Tornar o estudante um cidadão envolvido de forma ética, técnica, respeitando os saberes populares e pronto para atender às demandas vindas da sociedade é função da universidade e os projetos de extensão vieram para auxiliar nesse processo.

O método tradicional de ensino, muitas vezes, não permite que o acadêmico desenvolva percepções de mundo que ele necessitará quando profissional, deixando-o, em muitos casos, despreparado frente às necessidades e anseios que as relações sociais exigem. Nesse sentido, ações extensionistas amparam o discente para complementar o ensino tradicional, em especial nos cursos da área da saúde, onde espera-se que sejam formados profissionais que visem à qualidade de vida da comunidade (BRÊTAS; PEREIRA, 2007; FERNANDES *et al.*, 2012).

Desta maneira, este projeto faz jus às idealizações que incentivam novas modalidades de ensino-aprendizado. Ações sobre enfrentamento de urgências e emergências dentro da comunidade universitária suprem uma necessidade espelhada não somente nesses locais, mas em toda a sociedade. Ao mesmo tempo, o projeto como um todo permitiu que os acadêmicos envolvidos desenvolvessem suas habilidades de comunicação e de trabalho em equipe, além de estreitar relações com distintos profissionais.

Ressalta-se, também, a importância do trabalho em equipe para a realização deste projeto. A experiência vivenciada demonstrou o poder que o diálogo e o compromisso possuem, auxiliando uma equipe interessada na ânsia de aprender/fazer/ensinar que só faz sentido no coletivo. Comprova-se, por experiência, que tal instrumento objetiva sustentar o desafio que é realizar um projeto, proporcionando uma construção coletiva de aprendizado e novos saberes.

O planejamento e a conclusão desse projeto foram essenciais não apenas para promover e solidificar o conhecimento em primeiros socorros para os participantes, mas também pela experiência de valorosos tipos de aprendizados para os discentes, já que o conhecimento sobre a temática foi mais aprofundado e discutido, além de ser possível reconhecer a importância que essa capacitação representa na vida das pessoas, visto que o conhecimento e a boa execução de procedimentos de primeiros socorros podem salvar vidas.

Os integrantes almejam que as oficinas realizadas não sejam o fim do projeto, mas sim o início de propostas maiores que possam agregar novos conhecimentos não apenas aos profissionais e discentes da UFFS, mas envolvendo também, a comunidade externa, acenando o propósito de futuras capacitações com públicos diversificados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do cenário ilustrado, observa-se uma carência de conhecimento teórico-prático em primeiros socorros vinda da população. A noção básica destes procedimentos iniciais provou-se válida, uma vez que, quando aplicados corretamente, diminuem as possíveis complicações e sequelas para o paciente.

Além disso, acredita-se que o projeto ocorreu de acordo com o que foi pretendido, agregando experiências significativas aos acadêmicos e comunidade participante, o que demonstra o importante papel das atividades de extensão na formação acadêmica e no retorno à população. As atividades de extensão, além de proporcionarem aprendizado teórico e prático para os participantes, contribuem também, para a formação social do acadêmico.

Ressalta-se que o conhecimento é, de certa forma, simples e pode ser ensinado a todos. Portanto, ações como esta, voltadas a uma amostra relativamente pequena, podem, sim, potencializar a disseminação do saber. Dessa forma, espera-se que o projeto tenha continuidade e que o conhecimento sobre procedimentos em primeiros socorros seja expandido para outros grupos do entorno da UFFS-Chapecó.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição (1988)**. Artigo nº 207, de 1988. Senado Federal. Brasília, DF, 05 out. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC.** Brasília, 2013.

BRETAS, J. R. da S.; PEREIRA, S. R. Projeto de extensão universitária: um espaço para a formação profissional e promoção de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 317-327, 2007.

CAVE, D. M. *et al.* On behalf of the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation, Council on Cardiovascular Diseases in the Young, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Advocacy Coordinating Committee. Importance and implementation of training in cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillation in schools: a science advisory from the American Heart Association. **Circulation**, n. 123, p. 691–706, 2011.

FERNANDES, M. C. *et al.* Universidade e a extensão universitária: a visão dos moradores das comunidades circunvizinhas. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 28, n. 4, p. 169-194, 2012.

LEITE H. S. N. *et al.* Primeiros socorros na escola: conhecimento da equipe que compõe a gestão educacional. **Temas em Saúde**, João Pessoa, ed. esp., p. 290-312, 2018.

MENDONÇA, S. G. L.; SILVA, P.S. Extensão Universitária: Uma nova relação com a administração pública. **Extensão Universitária:** ação comunitária em universidades brasileiras, São Paulo, v. 3, p. 29-44, 2002.

MOTA, L. L.; ANDRADE, S. R. de. Topics of pre-hospital care for schoolchildren: the perspective of professionals of the Mobile Emergency Care Service (SAMU). **Texto & Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 38-46, mar. 2015.

PERGOLA, A. M.; ARAUJO, I. E. M. O leigo e o suporte básico de vida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 335-42, 2009.

RAGADALI FILHO A. R. *et al.* A Importância do Treinamento de Primeiros Socorros no Trabalho. **Revista Saberes,** Rolim de Moura, v. 3, n. 2, p. 114-125, 2015.

SALAZAR, E. R. S.; GASPAR, E. S. L.; SANTOS, M. S. Diretrizes da *American Heart Association* para ressuscitação cardiopulmonar: conhecimento de socorristas. **Revista Baiana de Enfermagem,** v. 31, n. 3, p. e20449, 2017.

SILVA K. R. da *et al.* Parada cardiorrespiratória e o suporte básico de vida no ambiente pré-hospitalar: O Saber Acadêmico. **Saúde,** Santa Maria, v. 43, n. 1, p. 53-59, jan./abr., 2017.

TAVARES, A.; PEDRO, N.; URBANO, J. Ausência de formação em suporte básico de vida pelo cidadão: um problema de saúde pública? Qual a idade certa para iniciar? **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 101-104, 2016.

VALENZUELA, T. *et al.* Estimating effectiveness of Cardiac arrest interventions: A logistic regression survival model. **Circulation,** n. 96, p. 3308–13, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Steps Stroke Manual: The WHO stepwise approach to stroke surveillance. **World Health Organization**, Geneva, 2006.

7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O SUS: CONTRIBUINDO PARA SENSIBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE

Graciela Soares Fonsêca
Giovanna Marconato Noal
Jéssica Daniela Schröder
Manuela Christianetti
Millena Daher Medeiros Lima
Raíssa Victorino Faria Silva
Vanessa Vitória Kerkhoff

1 INTRODUÇÃO

A participação dos usuários é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto, as dificuldades para efetivar essa premissa ainda são muitas. Soma-se a isso, o desconhecimento de boa parte da população no que se refere à história do SUS e ao que ele significa para um país continental como o Brasil. Poucos conhecem sua organização e funcionamento e, em função disso, acabam não compreendendo a importância de defendê-lo e garantir que ele continue atuante e seja fortalecido ao longo do tempo.

Nesse contexto, algumas pessoas não se reconhecem como responsáveis pela construção e pelo bom funcionamento do sistema, o que implica em consequências negativas para a consolidação e funcionamento adequado dos serviços. Para exemplificar, cita-se o grande número de faltas a consultas agendadas e exames, frequente em muitos municípios brasileiros, não sendo diferente em Chapecó, Santa Catarina.

Essa problemática traz consequências negativas para os próprios usuários, uma vez que impacta no aumento do tamanho das filas de espera e, consequentemente, gera insatisfação e retardo na resolução dos problemas. Em relação à gestão, ocorre o crescimento progressivo da demanda reprimida, reduzindo a possibilidade de acesso, gerando desequilíbrio na oferta de serviços e o aumento dos custos assistenciais, visto que o adiamento pode provocar agravo da condição referida do usuário e desperdício de recursos humanos e físicos (BITTAR *et al.*, 2016).

Levando em conta o papel essencial da universidade de intervir positivamente na sociedade; tendo em mente a relevância das ações de extensão nesse sentido e entendendo que cursos de graduação na área da saúde podem oferecer muito mais do que serviços assistenciais à população, ações de educação em saúde, sobretudo com foco no SUS, se mostram pertinentes e, nesse contexto, a temática foi eleita para ser trabalhada com turmas de diferentes CCR de Saúde Coletiva no semestre 2019.2.

Assim, o trabalho objetiva relatar a experiência das atividades de extensão direcionadas para educação em saúde, com foco no conhecimento e responsabilização dos usuários do SUS, desenvolvidas por dois grupos de estudantes matriculados nos Componentes Curriculares Regulares (CCR) de Saúde Coletiva III e V.

2 CONSCIENTIZANDO A COMUNIDADE ACADÊMICA DA UFFS SOBRE O SUS

O ano de 2019 foi marcado por um cenário de importantes divergências na conjuntura sociopolítica do país que colocaram em debate as tentativas de desmonte do SUS. A partir disso, e tendo em mente que boa parte da população brasileira desconhece a organização e o funcionamento do sistema, um grupo de extensão do Componente Curricular Regular (CCR) de Saúde Coletiva III elaborou um projeto com o intuito de

sensibilizar e orientar a comunidade acadêmica da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó, a respeito do SUS e sua importância. Além disso, a proposta visou garantir a propagação de conhecimentos acerca dos princípios do sistema, da abrangência dos serviços oferecidos, de suas competências e da necessidade de sua manutenção e qualificação.

Como a motivação e a importância do projeto estão pautadas no interesse dos alunos em expandir os conhecimentos adquiridos a respeito do SUS, é importante destacar que o sistema foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, sendo resultado do que é conhecido como Movimento da Reforma Sanitária (CARVALHO, 2013).

Inicialmente, o grupo elaborou um questionário para fazer um levantamento entre a comunidade acadêmica da UFFS, *Campus* Chapecó, a respeito das percepções e conhecimentos relacionados ao sistema. O instrumento foi composto por 17 itens dentre os quais foi questionado se o participante possuía vínculo com a instituição, o curso de graduação em andamento ou concluído, a faixa etária a qual pertencia e o sexo. As demais 13 questões abordavam temáticas diversas relacionadas ao assunto proposto. Durante o horário de aula do CCR, em um dia específico, os integrantes do grupo circularam pelas dependências do *Campus* e convidaram as pessoas para responder ao questionário, de forma online, utilizando os celulares dos estudantes. Posteriormente, o link de acesso ao questionário foi disponibilizado em algumas redes sociais a fim de alcançar também a comunidade externa.

Ao final, 90 pessoas participaram da enquete. Dessas, 71,1% declararam possuir vínculo com a instituição, a faixa etária predominante foi de 21 a 25 anos (33,3%), seguido pela de 15 a 20 anos (31,1%). Nenhum participante declarou ter acima de 60 anos. O número de pessoas que

afirmaram ser do sexo feminino ou do sexo masculino foi equivalente. Participaram da enquete docentes e demais funcionários da UFFS, *Campus* Chapecó, discentes dos cursos de Medicina, Nutrição, Enfermagem, Ciências Sociais, Direito, Ciência da Computação, Engenharia Ambiental, Administração, Agronomia e História.

A partir da análise e discussão dos resultados obtidos pela enquete, os estudantes elaboraram cartazes que revelaram os dados e discorreram a respeito do assunto, esclarecendo, assim, possíveis dúvidas surgidas a partir dos questionamentos propostos. Posteriormente, os cartazes foram fixados em diferentes áreas do *Campus* Chapecó da UFFS, em espaços de divulgação, e de forma virtual nas principais redes sociais, a fim de que os conhecimentos e esclarecimentos fossem disseminados a toda a comunidade.

A seguir, os 13 questionamentos propostos aos participantes da enquete que abordam assuntos relacionados ao SUS, as respectivas respostas, a discussão delas e o material produzido para contribuir com o esclarecimento:

2.1 Você sabe quem é o responsável pela garantia da qualidade da comida e água que consome?

Apesar de mais de 50% dos entrevistados reconhecer que essa tarefa é responsabilidade do SUS, na figura da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 41,1% dos participantes afirmaram não saber qual é o órgão responsável por garantir a qualidade da comida e da água que a população consome no Brasil. O resultado encontrado corrobora com a hipótese de que uma significativa parcela da população brasileira desconhece a abrangência e as competências dos serviços executados pelo SUS.

Esclarecendo aqueles que desconheciam a atuação do SUS nessa tarefa, o grupo informou que a vigilância sanitária é o órgão que atua no

controle de todos os bens de consumo que, direta ou indiretamente, afetam ou se relacionam com a saúde, agindo em todas as etapas que vão da produção ao consumo, garantindo, assim, a qualidade da alimentação da população (Figura 1) (GUSSO; LOPES, 2012).

2.2 Você sabe quem é o responsável pela vigilância dos produtos de beleza (maquiagem, xampu, cremes, etc.) que você usa?

Uma vez que cosméticos e produtos de beleza são produtos de venda livre e utilizados pela população sem a necessidade de recomendações de profissionais da saúde, é necessária uma série de precauções para assegurar a qualidade dos produtos ofertados aos consumidores. Ao serem questionados sobre garantia da qualidade de cosméticos, 51,1% dos entrevistados reconheceram que essa tarefa faz parte dos deveres da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, dessa forma, pertence ao conjunto de responsabilidades do SUS. Cabe ressaltar, ainda, que a ANVISA possui o dever de estabelecer normas para o registro, fabricação, rotulagem e venda de produtos que se encaixam na categoria de cosméticos, perfumes e de higiene pessoal, enquanto as equipes regionais de vigilância sanitária possuem a tarefa de fiscalizar as etapas envolvidas na cadeia produtiva de tais produtos (BRASIL, 1976).

É necessário salientar que, no Brasil, a ANVISA regulamentou a implementação de um Sistema de Cosmeto vigilância a partir de 2005, o qual garante a segurança e eficácia dos produtos cosméticos. Esse sistema deve ser implementado pelas empresas fabricantes de produtos de higiene pessoal, perfumes e cosméticos, devendo facilitar e garantir a comunicação, por parte do usuário, sobre problemas decorrentes do uso, defeitos, qualidades ou efeitos indesejáveis e o acesso do consumidor a informações sobre o produto (BRASIL, 2005).

2.3 Você sabe quem é o responsável pela vigilância em aeroportos?

Quando questionados sobre qual é o órgão responsável pela vigilância nos aeroportos, a maioria (64,4%) dos entrevistados não soube informar corretamente a qual instituição é atribuída essa tarefa. A notável surpresa de alguns participantes ao descobrir que o SUS também atua nessa área levou a breves discussões durante as entrevistas, das quais, foi possível concluir que isso decorre, principalmente, da desinformação no senso comum de que a saúde engloba apenas as questões diretamente ligadas com a esfera biomédica, centrada no diagnóstico e tratamento de doenças. Entretanto, devido ao conceito ampliado de saúde, o SUS possui em suas diretrizes a promoção, proteção e reabilitação da saúde, atribuindo, dessa maneira, à ANVISA a tarefa de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde presentes em território nacional (BRASIL, 1990).

Diversas ações são realizadas para garantir a execução dos objetivos atribuídos à vigilância sanitária, entre elas, está a intervenção em possíveis problemas sanitários decorrentes da circulação de bens, o que inclui a fiscalização do trânsito de mercadorias e pessoas em aeroportos. Isso ocorre devido à histórica predominância do modelo agroexportador no Brasil, uma vez que as fronteiras, portos e aeroportos já foram cenários de diversas crises sanitárias e palco para o ápice de diversas epidemias (VECINA NETO; MARQUES; FIGUEIREDO, 2006). Dessa forma, tornou-se essencial o estabelecimento de normas e a fiscalização sanitária nesses locais, o que foi posteriormente determinado na Lei 8.080/90, que regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional (BRASIL, 1990).

2.4 Você tem o hábito de desmarcar consultas com profissionais de saúde quando não pode comparecer?

O acesso equânime e universal ao SUS é colocado em risco quando há a falta de comprometimento dos usuários com o uso dos serviços de saúde. Os dados apontam que cerca de 27,8% dos participantes da enquete não possuem o hábito de desmarcar as consultas quando não podem comparecer. Esse dado se assemelha aos divulgados pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em 2018, em que 1 a cada 3 usuários faltou às consultas, exames e cirurgias agendadas (SANTA CATARINA, 2019). Com relação ao município de Chapecó, dados de 2019 mostram que, por mês, cerca de 10 mil consultas não são realizadas, pois os usuários não comparecem, revelando, assim, um importante problema para a saúde pública, visto que compromete a eficiência do serviço. Uma vez que não há uma responsabilização direta por essa falta, entende-se que os usuários não possuem a devida preocupação em desmarcar suas consultas. Por esse motivo, a Administração Municipal, por meio da Secretaria de Saúde, realizou uma campanha educativa por meio do apelo "Se agendar, compareça!", buscando conscientizar os usuários acerca de seus deveres e responsabilidades (CHAPECÓ, 2019).

De acordo com Cavalcanti *et al.* (2013), o excessivo número de faltas provoca um aumento da insatisfação dos usuários com o sistema de saúde e adiamento das necessidades de cuidado, o que contribui para o atraso da marcação de consultas e a conseguinte prestação de atendimento. Ainda, segundo os autores, deve-se considerar a sobrecarga à gestão, uma vez que esse fator leva ao aumento da demanda reprimida, ao desequilíbrio na oferta de serviços e ao aumento dos custos assistenciais, tendo em vista que o adiamento pode acarretar o agravamento da condição de saúde do indivíduo.

2.5 Quem é responsável pela realização da maior parte dos transplantes de órgãos no Brasil?

O primeiro transplante realizado no Brasil ocorreu em 1964 (MOURA-NETO; MOURA; SOUZA, 2016), entretanto, a legalidade acerca da remoção de órgãos, tecidos e partes moles do corpo humano para fins de transplante e tratamento foi instituída apenas em 1997, pela Lei nº 9.434. O art. 2º dessa lei dispõe que o procedimento só poderá ser realizado por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas previamente autorizadas pelo órgão de gestão nacional do SUS (BRASIL, 1997a), responsabilidade atribuída ao Sistema Nacional de Transplantes (SNT), criado por meio do Decreto nº 2.268 (BRASIL, 1997b). Desde então, os avanços em números e os progressos na realização de transplantes no país têm sido notáveis (MARINHO, 2006).

O Brasil possui o maior programa público de transplante de órgãos, tecidos e células do mundo e, apesar de aproximadamente 32% dos entrevistados não saberem desta informação, o SUS é o responsável pelo financiamento de cerca de 95% dos transplantes realizados no país (BRASIL, 2019). Em números absolutos, apenas os Estados Unidos superam o Brasil (MARINHO, 2006). De acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde, somente no ano de 2017, ocorreram 27.474 transplantes no país, sendo expressivos, principalmente, os números de transplantes de córnea e de rins (BRASIL, 2017).

2.6 Você usa o SUS?

Embora cerca de 36% dos participantes da enquete tenham respondido que não fazem uso ou utilizem o SUS apenas às vezes, todos os residentes em território nacional utilizam, direta ou indiretamente, o sistema. A Lei 8.080/90 declara que as ações de saúde se destinam a garantir o bem-estar físico, mental e social às pessoas e à coletividade, e

considera que os determinantes e condicionantes da saúde incluem, entre outros, a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, renda, educação, transporte e lazer. Assim, é atribuído enquanto campo de atuação do SUS, desde ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral e farmacêutica, até o controle de bens de consumo (BRASIL, 1990).

Algumas pessoas, por equívoco, acreditam que não fazem uso do sistema por possuir um plano de saúde e não se consultar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). No entanto, tomar uma vacina gratuitamente em um posto de vacinação só é possível em virtude do Programa Nacional de Imunização (PNI) do SUS, responsável pela erradicação de várias doenças. Sofrer um acidente de trânsito e ser socorrido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), também é parte do SUS. Retirar um medicamento por meio da Farmácia Popular, ocorre graças ao SUS. Esses são apenas alguns exemplos da importância e atuação do SUS no país, uma vez que os serviços e ações estão por toda a parte e beneficiam a todos (ALMEIDA, 2020).

2.7 Todos podem usar o SUS?

Dos entrevistados, 93% afirmaram que toda a população pode ter acesso ao SUS. Embora essa estimativa seja alta, os 7% que não tinham conhecimento da informação se pautavam na ideia de que apenas a classe baixa teria direito aos serviços oferecidos pelo sistema. Esse é um dado preocupante, pois por meio dele é possível observar a prevalência da deturpada noção de que a saúde é um bem negociável e associado a estratos sociais.

Historicamente, os esforços relacionados aos cuidados na saúde transcorrem pela filantropia, ou seja, de atos altruístas e solidários ao próximo. A ação do Estado, até meados do século XX, se baseava na oferta

de serviços relacionados à vacinação e saneamento básico. No entanto, por meio da luta de movimentos que reivindicavam o direito à cobertura de saúde para todos, a Constituição de 1988 garantiu a todos os cidadãos residentes em território brasileiro o direito à saúde (CARVALHO, 2013). Sendo assim, fica claro que os serviços de saúde, no Brasil, percorreram conflitos e conquistas que tinham como precedentes expressões de solidariedade e alento, reafirmando-se a concepção de que saúde não é mercadoria mas, sim, direito.

2.8 Você acha que estrangeiros podem usar o SUS?

A formulação da pergunta relacionada aos direitos dos estrangeiros quanto ao uso do SUS foi de cunho especial para os estudantes, pois a UFFS é uma universidade que tem como uma de suas premissas o direito de ingresso pelas minorias, incluindo estudantes advindos de escolas públicas, pessoas negras, pardas, indígenas, deficientes e, também, estudantes de outros países. Portanto, é possível encontrar diversos estrangeiros matriculados nos mais variados cursos da instituição, o que favoreceu a elaboração e o questionamento sobre esse dado. Como resultado, constatou-se que 25% dos entrevistados não sabiam que pessoas advindas do exterior têm direito a utilizar os serviços do SUS.

A Constituição de 1988 afirma o direito de assistência à saúde por todos os cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, independentemente da condição econômica, social e racial (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012). Embora no documento não haja uma especificidade em relação aos estrangeiros, entende-se que, como um dos princípios do SUS faz referência ao acesso universal aos serviços de saúde, é de direito, portanto, que todas as pessoas façam uso dos procedimentos oferecidos, independentemente da nacionalidade (BARBOSA *et al.*, 2016). Ainda, cabe destacar o Estatuto do Estrangeiro promulgado pela Lei nº 6.815, de 19

de agosto de 1980, que assegura ao estrangeiro, residente no Brasil, usufruir de todo e qualquer direito reconhecido aos brasileiros de acordo com as disposições da Constituição (BRASIL, 1980).

2.9 Quando você tem alguma emergência de saúde, qual dos serviços você procura?

Os resultados apresentaram que, em uma emergência, 70% dos entrevistados buscam pelos serviços de saúde da rede pública. Com esse dado, fica evidente a importância do SUS no país, considerando o tamanho do território nacional e as diferenças sociais. Segundo Malta e colaboradores (2013), é possível observar que a busca pelos serviços de cunho particular apresenta maiores incidências na região Sudeste e menores na região Norte. Sendo assim, é notório o reflexo que a desigualdade econômica possui sobre os serviços de saúde oferecidos.

2.10 Quem tem plano de saúde pode usar o SUS?

Embora grande parte da população entrevistada (84,4%) saiba que quem tem plano de saúde pode usar os serviços oferecidos pelo SUS, ainda é válido ressaltar que sistema possui diretrizes e princípios que estão respaldados na Lei nº 8080 de 1990 e a universalidade, ou seja, o direito à saúde para todos, é um deles (CARVALHO, 2013).

O desaparecimento quase completo de doenças consideradas "simples", como diarreia, sarampo, tétano, gripe ou infecção alimentar, entre outras, não se deve ao fato de existir um plano de saúde específico, mas sim ao campo de saberes e práticas denominado "Saúde Coletiva". Planos de saúde atendem exclusivamente seus clientes, mediante um valor pago, enquanto o SUS, por meio de políticas públicas de saúde, se dedica à intervenção nos determinantes sociais de saúde, focando na proteção das pessoas e promoção da saúde. Por isso, a importância de todos se-

rem igualmente vacinados contra determinadas doenças, por exemplo (ALMEIDA, 2020). Afirma-se, então, que pessoas que possuem planos de saúde pagos, podem da mesma forma, usufruir do SUS tanto para consultas quanto para atendimentos eletivos ou de urgência, assim como das demais ações oferecidas.

2.11 Qual a sua preocupação com o possível fim do SUS?

Sobre o desmonte do SUS, 64 pessoas se preocupavam ao máximo com essa questão, pois o SUS é um conjunto de ações e serviços que atende diariamente milhões de pessoas, do qual não podemos abdicar. Sem esse sistema, existe apenas saúde paga, tratada como mercadoria para uma minoria (SANTOS, 2018). O diferencial de que a saúde não tem preço e não deve ser vendida deveria ser motivo suficiente para defendê-lo como patrimônio nacional. Em vez de vermos seu desmonte acontecer, deveríamos lutar por ele e pela garantia de seus recursos (ALMEIDA, 2020).

A conjuntura atual, no entanto, é propícia para privatizações na área da saúde e para o consequente desmonte do sistema de proteção social brasileiro. Isso se intensifica por meio da Emenda Constitucional (EC) número 95 de 2016, que congela gastos em serviços primários de saúde por vinte anos, entre outras ações (CELUPPI; FERREIRA; GEREMIA, 2018). Essa ideologia de privatizações leva ao rompimento do princípio da universalidade e da integralidade, o que resulta em uma assistência fragmentada e focalizada (ALBINO; LIPORONI, 2019).

Cabe, portanto, a nós defender e resgatar os princípios do SUS, pois ele é o único sistema público universal da América Latina, e apesar de seus problemas, é a opção para a maioria da população (SOARES, 2000). Seu desmonte significa aumentar as iniquidades sociais (CELUPPI; FERREIRA; GEREMIA, 2018). O SUS é nosso, e está, literalmente, no ar que respiramos e na água que tomamos (ALMEIDA, 2020).

2.12 Como você avalia a importância do SUS?

Apesar de, na enquete, 70% dos indivíduos terem dado nota máxima quanto à importância do SUS, muitos brasileiros não dão o valor necessário a esse sistema, por pensarem que não o utilizam. Contudo, o SUS está envolvido em todos os aspectos de nossas vidas, pois vai muito além de uma consulta na UBS do seu bairro. A identificação de determinantes e condicionantes de saúde, a elaboração de dados epidemiológicos sobre aspectos essenciais da sociedade (como trabalho, moradia, meio ambiente, saneamento básico, educação e lazer), a formulação de políticas públicas que diminuem riscos e o desenvolvimento de ações preventivas são alguns dos eixos abordados pelo SUS (CARVALHO, 2013).

2.13 Qual nota você daria para o SUS?

A nota média dada ao SUS pelos entrevistados foi de 6,5. Muita coisa já foi feita em relação ao SUS, pois saímos da estaca zero e hoje são atendidas diariamente 150 milhões de pessoas, diretamente, e 207 milhões indiretamente (SANTOS, 2018). Os serviços de saúde oferecidos vão desde o básico até o mais complexo, visando cuidados preventivos e curativos (CARVALHO, 2013). Mas, ainda assim, com todas as conquistas, mediante as dificuldades nessas três décadas, muitos são os desafios atuais enfrentados pelo SUS.

Essas dificuldades vão desde as mais conhecidas, como as grandes filas, escassez de profissionais e falta de medicamentos, até problemas maiores. A infraestrutura pública insuficiente é um obstáculo importante. Também, há a resistência de profissionais que não foram formados com foco no SUS e isso acarreta dificuldades de mudanças nos modelos atuais de atenção à saúde, favorecendo uma conjuntura que trata apenas a doença. Isto, aliado à alta demanda de tratamentos complexos e especializados, que deixam a prevenção e promoção da saúde em segundo plano, compromete algumas premissas e diretrizes importantes do SUS (PAIM, 2018).

A questão do subfinanciamento crônico e dos interesses econômicos ligados a planos de saúde e à indústria farmacêutica também representam pontos críticos. Com recursos insuficientes, não é possível remunerar os trabalhadores adequadamente, assim como não é possível ampliar a infraestrutura e os serviços (PAIM, 2018).

Por fim, visando orientar a comunidade acadêmica e externa sobre quais serviços de saúde procurar para situações específicas, o grupo elaborou um cartaz informando em quais ocasiões o usuário deve buscar uma Unidade básica de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento, o SAMU ou um hospital.

Todos os materiais produzidos encontram-se na Figura 1.

Figura 1 – Materiais educativos produzidos pelo grupo de estudantes de Saúde Coletiva III

Fonte: Os autores (2020).

Ressalta-se a importância da ação desenvolvida, tendo em vista o objetivo de informar a população sobre a magnitude e expansibilidade das ações desempenhadas pelo SUS. Para os estudantes que formularam a atividade, foi uma oportunidade de estudar características do SUS, aprender colaborativamente e compartilhar os conhecimentos com os colegas que estudam/trabalham na mesma universidade.

3 SENSIBILIZAÇÃO A RESPEITO DO SUS PARA ESCOLARES

A Educação em Saúde está atrelada aos dois conceitos de educação e de saúde, ou seja, é a construção de conhecimentos na esfera da saúde com a utilização de práticas pedagógicas, a fim de informar a população sobre determinadas temáticas da saúde, fornecendo autonomia para gerenciamento de seus cuidados e oferecendo a possibilidade de debater com gestores e profissionais (BRASIL, 2006; SALCI *et al.*, 2013). Além disso, a educação em saúde pode ser considerada uma ferramenta de promoção, que necessita de instrumentos como a comunicação, informação, educação e escuta qualificada (SALCI *et al.*, 2013).

Por meio dessas ferramentas, espera-se um movimento de transformação nas esferas culturais, no desenvolvimento de habilidades pessoais e na criação de ambientes saudáveis, levando a uma modificação epidemiológica do processo saúde e doença que, consequentemente, traria uma reorientação do sistema de saúde vigente no país e impactaria na qualidade de vida das pessoas. Logo, a educação em saúde tem um papel fundamental na definição positiva de saúde (a qual salienta que a saúde não é somente a ausência de doença, mas sim uma resultante de fatores diversos) (MACHADO; WANDERLEY [s.d.]; SALCI *et al.*, 2013).

Essa ferramenta é utilizada em diversos setores do SUS, tanto na formação permanente de seus profissionais, quanto na educação popu-

lar. Nessa última esfera, os profissionais se dividem em vários espaços para tentar atingir o maior número de pessoas de uma comunidade (BEZERRA *et al.*, 2014).

Um dos espaços mais potentes para a educação em saúde são as escolas de educação infantil. Esse espaço contribui para a formação de futuros cidadãos que poderão enfrentar os problemas de saúde com uma base sólida, com conhecimento e informação necessários para terem uma qualidade de vida melhor (CASEMIRO *et al.*, 2014). O programa Saúde na Escola (PSE), instituído no ano de 2007, vem ao encontro desse pensamento e inclui no SUS o papel de atuação nas escolas brasileiras (BRASIL, 2008). Esse programa sugere que a escola é um local primordial para que a promoção da saúde seja efetiva, pois confronta diferentes saberes científicos, experiências de vida e de cultura em um mesmo ambiente, que, ao ser confrontado, permite um grande aprendizado (BRASIL, 2009).

Assim sendo, os estudantes se tornarão cidadãos empoderados, críticos e poderão ter atitudes saudáveis, além de ajudarem na disseminação desse conhecimento para adultos e familiares (BRASIL, 2009; RIBEIRO MESSIAS, 2016). Logo, é imperioso que a construção de conhecimento no ambiente escolar seja compartilhada com os serviços de saúde, de uma maneira interdisciplinar e contextualizada para cada realidade em que os sujeitos estão inseridos (RIBEIRO; MESSIAS, 2016).

Observando tal aspecto, um grupo de estudantes matriculados na quinta fase do Curso de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó, durante o CCR de Saúde Coletiva V, idealizou a realização de uma atividade em consonância com a educação em saúde em uma determinada escola de ensino infantil de um bairro do município em questão.

A demanda para o tema foi discutida com a equipe do Centro de Saúde da Família (CSF) do território no qual a escola está inserida, visto que eles são o principal serviço envolvido com as questões de educação

em escola sob demanda, incluindo todos os seus profissionais (agentes de saúde, enfermeiros e médicos) (BRASIL, 2006). Assim, a temática escolhida foi a corresponsabilidade do usuário do SUS, o que induziu o grupo a trabalhar com a importância do sistema e a organização dos serviços no interior da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Dessa maneira, os acadêmicos estudaram a temática, com foco na cidade de Chapecó, a qual é organizada em 26 CSF, uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), um serviço de Pronto Atendimento (PA), um Hospital Infantil e um Hospital Regional, integrados de maneira poliárquica. Para essa organização funcionar, os usuários devem saber quando procurar cada uma das esferas, entendendo que o CSF atende, preferencialmente, condições de saúde crônicas, enquanto a UPA e o HRO atendem a condições de alta complexidade, além de situações agudas e/ou de emergência (CHAPECÓ, 2019).

Após o estudo da temática, foi necessário que os acadêmicos pensassem na didática e em uma metodologia coerente para alunos da faixa etária de 5 a 7 anos, distribuídos em duas turmas: uma com 20 e outra com 10 estudantes, com duração máxima de 30 minutos. Nesse quesito, pensou-se em uma maneira de incluir os estudantes em brincadeiras ou atividades que proporcionassem ao aluno ser coautor, compartilhando suas experiências e seu conhecimento prévio acerca do assunto.

Buscando um sujeito participativo e autônomo nas questões do SUS, a educação em saúde, com a pedagogia libertadora de Paulo Freire, se integra perfeitamente, pois as duas ferramentas apresentam o mesmo intuito em áreas distintas, uma no processo da saúde e outra no processo da educação. Logo, quando as duas se unem há uma junção de técnicas que correspondem a uma prática de metodologias baseadas no diálogo, na escuta e na quebra de hierarquia, produzindo um excelente meio de

promoção em saúde (SALCI *et al.*, 2013) por meio da educação popular em saúde.

Para colocar em prática essa união, foram elaborados alguns materiais visando a auxiliar na condução da atividade, entre eles uma maquete representativa dos principais espaços físicos da RAS de Chapecó e cartas com ilustrações de doenças e agravos frequentes, além de casos de urgência ou emergência.

Desse modo, cada aluno recebia uma carta e a colocava no local de atendimento que achasse apropriado. Nessa etapa, a maioria das crianças direcionava as cartas para o "hospital". Após feita a distribuição, as cartas foram retiradas e redistribuídas, com a participação dos escolares, nos locais de atendimento adequados, além disso, foi explanado brevemente sobre o funcionamento de cada serviço.

Para abranger um público maior e para que as crianças pudessem disseminar as informações que aprenderam, foi elaborado previamente e oferecido para os alunos um folder explicativo sobre o que é o SUS, quais são os direitos e deveres dos cidadãos, bem como a ilustração da RAS e quando procurar cada espaço. Além disso, ao final do folder, foram acrescentados os números de contato dos principais setores da rede. As crianças foram orientadas a levar o material para os pais e/ou responsáveis e todos os professores da escola também receberam uma cópia. A Foto 1 mostra o desenvolvimento da atividade.

A atividade de extensão teve um desfecho proveitoso. Não só os alunos, como também os professores que acompanharam a atividade puderam ter um contato com o tema discutido. Dentro disso, foi possível diferenciar as estruturas de saúde disponibilizadas na cidade de Chapecó e entender o fluxo correto para os diversos tipos de doenças e agravos que frequentemente acometem a população. Além do efeito direto nos escolares, espera-se que os mesmos possam disseminar informações

dentro do ambiente doméstico, de forma que os pais e responsáveis tenham acesso à informação, ampliem seus conhecimentos e contribuam no correto funcionamento do fluxo do SUS.

Foto 1 - Atividade desenvolvida

Fonte: Acervo dos autores (2019).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As duas experiências, unidas pelo mesmo foco – educação em saúde direcionada ao SUS – oportunizou discussões e construção de conhecimentos relevantes para a formação dos(as) futuros(as) médicos(as). A interação com pessoas externas ao Curso de Medicina oportunizou o confronto de olhares e pontos de vistas diferentes que agregaram significado à experiência, tornando-a significativa.

Além disso, a formação em espaços comunitários permite que os estudantes ampliem a visão sobre a profissão, entendendo que o fazer em saúde não está restrito às paredes dos consultórios.

Para as comunidades, as ações trouxeram resultados positivos no sentido de inquietar e gerar reflexões sobre o SUS, despertando para a responsabilização e construção conjunta do sistema.

REFERÊNCIAS

ALBINO, N. M.; LIPORONI, A. A. R. DE C. O avanço do setor privado e o desmonte na política de saúde. **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019**, v. 16, n. 1, 21 dez. 2019.

ALMEIDA, R. **Se você afirma que não utiliza o SUS você está enganado**. 2020. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/opiniao/pos--tudo/se-voce-afirma-que-nao-utiliza-o-sus-voce-esta-enganado. Acesso em: 30 maio 2020.

BARBOSA, M. L. *et al.* Assistência à saúde prestada pelo SUS: a experiência de estudantes estrangeiros. **Escola Anna Nery**, Campina Grande, out./dez. 2016.

BELTRAME, S. M. *et al.* Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1015–1030, out. 2019.

BENDER, A. DA S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. DE. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 11, n. 2, p. 56–65, 2010.

BEZERRA, P. M. I. *et al.* O fazer de profissionais no contexto da educação em saúde: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v.24, n.3. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822014000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 1 jun. 2020.

BITTAR, O. J. N. *et al.* Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **BEPA**, São Paulo, v. 13, n.152, p. 19-32.Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Olimpio_Bittar/publication/308709045_

Absenteismo_em_atendimento_ambulatorial_de_especialidades_no_estado_de_Sao_Paulo_Absenteeism_in_outpatient_care_specialties_in_Sao_Paulo/links/57ec1eb008ae92eb4d2648d3/Absenteismo-em-atendimento-ambulatorial-de-especialidades-no-estado-de-Sao-Paulo-Absenteeism-in-outpatient-care-specialties-in-Sao-Paulo.pdf Acesso em: 29 maio 2020.

BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. **Diário Oficial da União**, 23 de set. 1976.

BRASIL. Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. **Diário Oficial da União**, 19 ago. 1980.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** Seção I, Brasília, DF, p. 18068, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei n° 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção I, Brasília, DF, p. 2191, 5 fev. 1997a.

BRASIL. Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** Seção I, Brasília, DF, p. 13739, 1 jul. 1997b.

BRASIL. **ANVISA**. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Resolução - RESOLUÇÃO - RDC Nº. 332, DE 1º. DE DEZEMBRO DE 2005. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/2658967/RESOLU%C3%87%C3%83O++RDC+N%C2%BA.+332%2C+DE+1%C2%BA+DE+DEZEMBRO+DE+2005/8191528e-3aa7-4721-802f-84be48fe356d. Acesso em: 01 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Programa **Saúde na Escola**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da Educação na Saúde: Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**: edição 2, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatísticas.** 2017. Disponível em: https://www.saude.gov.br/component/content/article/40573-estatisticas. Acesso em: 30 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde na escola. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdfAcesso em: 01 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil registra aumento no número de transplantes mais difíceis de serem realizados**. 2019. Disponível em: https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45850-brasil-registra-aumento-no-numero-de-transplantes-mais-dificeis-de-serem-realizados. Acesso em: 30 maio 2020.

BRITO-SILVA, K; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 16, n. 40, p. 249-259, jan./mar. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1812. Acesso em: 28 maio 2020.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002. Acesso em: 27 maio 2020.

CAVALCANTI, R. P. *et al.* Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 63–84, 2013.

CELUPPI, I. C.; FERREIRA, J.; GEREMIA, D. S. Desmonte do sistema único de saúde: o mercado privado contra as políticas públicas sociais. **Seminário de Políticas Públicas e Sociais**, v. 1, n. 1, p. 41–42, 12 jun. 2018.

CHAPECÓ. Prefeitura de Chapecó. **Faltas nos exames e consultas gera desperdícios e demora no atendimento.** 2019. Disponível em: https://www.chapeco.sc.gov.br/noticia/2027/faltas-nos-exames-e-consultas-gera-desperdicios-e-demora-no-atendimento. Acesso em: 29 maio 2020.

CHAPECÓ. Prefeitura de Chapecó. Saúde: como procurar atendimento no local certo. 2019. Disponível em: https://www.chapeco.sc.gov.br/noticia/2246/saude-como-procurar-atendimento-no-local-certo#:~:text=Em%20Chapec%C3%B3%20a%20Rede%20de,o%20Hospital%20Regional%20do%20Oeste. Acesso em: 01 jun. 2020.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MACHADO, M. G. A.; WANDERLEY, S.C.L. **Educação em saúde**. São Paulo: UNA-SUS [s.d.].

MALTA, D. C. *et al.* Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 179-190, jan. 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n1/179-190/pt. Acesso em: 28 maio 2020.

MARCONDES, S. R. Educação em saúde na escola. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 1, mar. 1972. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101972000100010. Acesso em: 01 jun. 2020.

MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2229–2239, out. 2006.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Health education based on culture circles. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, junho 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300008. Acesso em: 29 maio 2020.

MOURA-NETO, J. A.; MOURA, A. F.; SOUZA, E. Cinquenta anos do primeiro transplante no Brasil. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v. 19, n. 4, p. 1–155, 20 dez. 2016.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723–1728, jun. 2018.

RIBEIRO T. V.; MESSIAS, O. B. M C. A educação em saúde no ambiente escolar: um convite à reflexão. **Impulso**, Piracicaba, v. 26, n. 67, p. 39-52, set-dez 2016. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/2878-15380-3-PB.pdf. Acesso em: 01 jun. 2020.

SALCI, M. A. *et al.* Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, mar. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27.pdf . Acesso em: 1 jun. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Um a cada três pacientes falta a consultas ou exames agendados em SC**. 2019. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/10720-um-a-cada-tres-pacientes-falta-a-consultas-ou-exames-agendados-em-sc. Acesso em: 29 maio 2020.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2043–2050, jun. 2018.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. especial , p. 1 7-24, dez. 2000.

VECINA NETO, G.; MARQUES, M. C. C.; FIGUEIREDO, A. M. Vigilância Sanitária no Brasil. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 689-713.

8 EXTENSÃO EM SAÚDE COLETIVA: ASPECTOS RELEVANTES DO PROJETO "RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE – LABPICS"

Maria Eneida de Almeida
Anne Weiler
Adriana Remião Luzardo
Paulo Roberto Barbato
Agnes de Fátima Pereira Cruvinel

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece oficialmente as Medicinas Tradicionais e suas práticas de cuidado e atenção à saúde, conforme documentos *Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005* (OMS, 2002). Medicinas Tradicionais é um conceito preconizado pela OMS para tratar de um campo científico, de saberes e práticas em saúde que valoriza a cultura de todos os povos, tanto no nível individual quanto coletivo. Este documento é um marco político porque apresenta diagnóstico, desafios e potencialidades de Medicinas Tradicionais em nível mundial, tais como: Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Hahnemanniana/Homeopática, Medicina Ayuervédica/Indiana-Tibetana, Medicina Unani/Árabe/Europeia-Medieval, Medicina Antroposófica, Medicina Indígena/Xamânica e as práticas terapêuticas relacionadas às mesmas.

As orientações mais recentes estão registradas no documento *Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional, 2014-2023*, que tem por

objetivos: i) desenvolver uma base de conhecimentos para a gestão de Medicina Tradicional e Complementar por meio de políticas nacionais apropriadas, sendo que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) já está adequada; ii) fortalecer a garantia de qualidade, segurança, utilização e eficácia mediante a regulamentação de produtos, práticas e profissionais; e iii) promover a cobertura universal por meio de uma apropriada integração de serviços com outras medicinas na prestação de serviços de saúde e autocuidado (OMS, 2013).

O Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) atende às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o desenvolvimento do perfil do egresso, propõe reflexão que amplia os horizontes da clínica na formação médica, tem vínculo estreito com a Saúde Coletiva e encontra-se fundamentado no princípio constitucional da Integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS). A orientação da educação médica para a atenção à saúde com vistas à consolidação do SUS, contribui na resposta às necessidades sociais em saúde, com a meta de modificar a realidade de saúde da região e do país e impulsionar a transformação paradigmática no pensamento e na prática médica contemporânea, visando à Integralidade da atenção. Neste sentido, a inserção de recursos terapêuticos distintos dos convencionais, em um espaço específico da UFFS fundamenta articulações interinstitucionais com os cursos da saúde em suas vivências, estágios e pesquisas, bem como consolida conhecimento científico ao longo do processo formativo. É relevante o comprometimento com a valorização do conhecimento popular, com a sociedade e com o fortalecimento do SUS.

Na perspectiva de ampliar a compreensão do estudante para práticas de outras racionalidades médicas ou das Medicinas Tradicionais, houve um esforço no sentido de aprofundar uma reflexão no sentido de valorização de outras formas de ver o mundo e o processo de cuidado, podendo

ser sintetizado como processo saúde-doença-saúde. Este esforço resultou na realização de um Projeto de Extensão chamado "Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – LABPICS", constituído com base na Integralidade para contribuir com o conhecimento na formação em saúde de novos modos de atenção, de cuidado e de promoção da saúde, bem como visou dar uma efetiva contribuição para o crescente questionamento da sociedade sobre a medicalização da vida. Esta temática faz parte de um movimento que contribui na complementaridade dos paradigmas em saúde – biomédico e vitalista –, vigentes em todo o mundo ocidental, rompendo com a rigidez acadêmica convencional, com preconcepções e mesmo preconceitos estabelecidos na educação, em particular na educação médica (LUZ; BARROS, 2012a, 2012b).

A integralidade é o princípio que fundamentou este projeto e abriu perspectivas para a busca do cuidado de si e do outro, bem como para um olhar especializado e atento aos aspectos vibracionais relacionados às outras medicinas e recursos terapêuticos instituídos no SUS, entre elas, a Medicina Tradicional Chinesa e a Medicina Ayurvédica e recursos terapêuticos não convencionais: Auriculoterapia, Yoga, Meditação, Tai Chi Chuan, Ventosa terapia, Reiki e outras.

Foi considerada relevante, tanto pelos acadêmicos quanto pelos participantes do projeto, a abertura de um espaço físico para estudos e atividades relacionadas aos recursos terapêuticos que contemplassem a PNPIC/SUS (BRASIL, 2006, 2008). A abordagem teórico-vivencial pautou-se no paradigma vitalista com vistas a complementar e integrar o paradigma biomédico, hegemônico nos cursos da saúde no Ocidente. Para além da inserção no ensino, também houve a oportunidade de se trabalhar a inserção na pesquisa e na extensão. Essa abordagem, em uma universidade pública e popular, contribui com seu eixo central em atender a população da região Oeste de Santa Catarina.

O propósito deste capítulo é apresentar o desenvolvimento do projeto de Saúde Coletiva institucionalizado na UFFS, *Campus* Chapecó, que teve como objetivo geral proporcionar um espaço para experiências acadêmicas para vivências e debates sobre a valorização de outras medicinas existentes no mundo e de outras práticas de cuidado à saúde e cura, diferentes daquelas orientadas pelo paradigma biomédico relacionado à racionalidade médica ocidental contemporânea ou medicina científica, instituída convencional e hegemonicamente nos cursos da área da saúde no Brasil.

2 RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE – LABPICS

O projeto de extensão LABPICS teve a duração de dois anos (2018-2020), com atividades desenvolvidas em dois dias da semana, na Sala 106 do Laboratório 02 do *Campus* Chapecó da UFFS, às segundas e sextas-feiras, organizadas de acordo com a possibilidade dos seus membros e de seus parceiros. O público foi basicamente a comunidade acadêmica da UFFS – docentes, discentes e técnicos –, conforme a Figura 1. A demanda foi espontânea, proveniente da divulgação pelo site da UFFS, e-mails da Coordenação Acadêmica e grupos de WhatsApp de acadêmicos. As atividades foram programadas para serem em atendimentos coletivos (AC) como oficinas, palestras e rodas de conversa, e atendimentos individuais (AI), nas temáticas: Medicina Tradicional Chinesa com Auriculoterapia e Tai Chi Chuan, Reik, Yoga, Barras de Access. Estudos temáticos específicos foram desenvolvidos, relacionados aos grupos de extensão do CCR Saúde Coletiva em várias fases do curso, para os acadêmicos de Medicina.

Figura 1 – Convite para participação na palestra com Dada Jinananda

2.1 Como foram desenvolvidas as vivências, os atendimentos e os debates

No ano de 2018, os atendimentos individuais foram: Auriculoterapia, Reiki e Barras de Access, desenvolvidos mediante agendamento, organizados de acordo com as possibilidades dos colaboradores do projeto; ii. as oficinas regulares de Tai Chi Chuan foram organizadas às sextas-feiras, no período da tarde; iii. as oficinas esporádicas de Tai Chi Chuan, de Dança Circular e de Ventosaterapia aconteceram uma vez por mês; iv. as palestras foram nos temas de Medicina Tradicional Chinesa e de Medicina Ayurvédica; e v. atividades de extensão do CCR Saúde Coletiva, fases III e V, com o tema Plantas no Horto Medicinal do modelo biológico da Medicina Tradicional Chinesa, com produção de um catálogo de plantas, placas para identificação em horto e um vídeo proveniente de duas visitas técnicas feitas com acadêmicos de Medicina.

Em 2019, os atendimentos individuais foram suspensos devido ao acúmulo de atividades docentes dos colaboradores e parceiros do projeto. As atividades coletivas foram realizadas: i. momentos regulares semanais de Yoga e Meditação, ii. oficina de Arteterapia contemplando "Dança Circular – a dança do universo" e Biodanza; iii. palestra "Meditação na atual transição planetária"; iv. roda de conversa para Reiki; v. atividades de extensão do CCR Saúde Coletiva fases II, IV e VI, cujos estudos temáticos foram plantas medicinais, Yoga e meditação. Dentro de uma dimensão numérica, foram 57 atendimentos de Reiki, 31 de Auriculoterapia, 14 de Barras de Access, 22 participantes nas Oficinas de Tai Chi Chuan, 9 participantes na atividade de Yoga e 57 participantes nas palestras.

Nos atendimentos de Auriculoterapia, quatro participantes eram técnicos em assuntos educacionais e 14 eram discentes de cursos do *Campus* Chapecó. De acordo com o curso, a distribuição foi a seguinte: cinco discentes do Curso de Medicina, três discentes de Pedagogia, dois de Enfermagem e dois de Administração. Houve grande diversidade de motivações relatadas pelos participantes que os levaram a procurar o atendimento em Auriculoterapia. Alguns relataram apenas um motivo ou causa da busca pelo atendimento, mas a maioria relatou aspectos diversos relacionados ao seu estado de saúde.

A ansiedade foi a principal motivação pela busca do atendimento em Auriculoterapia, sendo relatada por treze participantes. Enxaqueca foi relatada em quatro ocasiões, distúrbios relacionados ao estômago apareceram em três relatos e rinite e cansaço em duas situações cada. Também compuseram o rol das queixas que motivaram a busca pelo atendimento: cefaleia, asma, bronquite, hipertensão, cálculo renal, compulsão alimentar, hiperatividade, dor muscular, colesterol alto, zumbido no ouvido, sono pesado, tontura, tabagismo, estresse, depressão, sinusite, insônia, crise de pânico, dificuldade de concentração e *bullying*.

De maneira geral, aqueles que retornaram relataram ter sentido melhoras no seu estado de saúde e na qualidade do sono, principalmente. É importante ressaltar a frequência dos relatos de transtornos de ansiedade e outros que afetam a saúde mental da comunidade acadêmica atendida, chamando atenção para a necessidade de intervenções relacionadas à qualidade de vida, uma vez que essas condições de saúde mental interferem do desempenho, seja ele acadêmico ou profissional.

Houve um momento de Ventosaterapia, que é um recurso terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que impulsiona o equilíbrio energético físico, mental e emocional por meio de estímulos nos pontos e meridianos, mas por meio de sucção dos pontos. Essa atividade teve bastante interesse dos acadêmicos e docentes e os participantes vivenciaram as sensações por meio de uma sessão de relaxamento.

As práticas de Reiki propostas aconteceram uma vez por semana, com o agendamento de quatro sessões, com duração de 30 minutos cada. A prática beneficiou estudantes de diferentes cursos e técnicos da Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Chapecó (SC). No primeiro contato com as pessoas que procuraram o atendimento, a praticante de Reiki realizava anamnese, explicava sobre a prática (seus objetivos e benefícios), abordava a proposta do projeto e realizava a sessão. Esgotamento psíquico era a causa mais frequente, devido ao excesso de trabalho e/ou estudo. Todas as pessoas que passaram pelo atendimento relataram, imediatamente após a sessão, benefícios relacionados à diminuição de estresse e relaxamento. Houve solicitação de continuidade da proposta do projeto dentro na universidade e de maior disponibilidade de horários para agendamentos.

Quanto às atividades de Yoga (Figura 2), é importante destacar que o Tantra é uma das escolas que surgiram na Índia por volta de 500 a.C. e se tornou um estilo de vida. Essa prática é um caminho para a expansão

da consciência, da união da mente humana com a Consciência Cósmica, por meio das conquistas e derrotas humanas. Essa atividade foi realizada semanalmente, com instrutor habilitado na técnica, como um importante recurso terapêutico.

Figura 2 – **C**onvite para participação na atividade de Yoga e Meditação

Fonte: Os autores (2019).

A meditação (Figura 3) é um recurso terapêutico bem conhecido na atualidade. Seus benefícios são inúmeros. É uma prática essencial para a higiene mental. Promove uma mente calma, boa concentração, clareza de percepção, melhora na comunicação, florescimento de habilidades e talentos, curas, habilidade de se conectar à fonte interna de energia, relaxamento e rejuvenescimento. Esses são alguns resultados de se meditar regularmente e foi dentro dessa proposta que as atividades semanais, em 2019, foram de uma riqueza imensa.

Figura 3 – Convite para participação na atividade de Meditação

Fonte: Os autores (2019).

A Dança Circular é uma dança sagrada e foi realizada com a comunidade acadêmica da UFFS na ocasião do VIII SEPE, sendo um momento especial de relaxamento e elevação, com debate na perspectiva do cuidado, da atenção e da assistência à saúde. A Biodanza (Figura 4) também foi promovida como um outro recurso para limpeza energética e fortalecimento mental e emocional.

Figura 4 – Convite para participação na atividade de Biodanza

Fonte: Os autores (2019).

O Tai Chi Chuan (Figura 5) é um recurso terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que busca o equilíbrio físico, mental, emocional e espiritual por meio de exercícios em movimento contínuo que integram os fluxos energéticos Yin e Yang do nosso corpo, da nossa vida e do nosso planeta. Essa integração do ser humano com o Universo é parte do equilíbrio que tanto almejamos no nosso cotidiano. O Tai Chi é o caminho do meio, do equilíbrio e da alegria. Houve momentos especiais de atividades corporais e mentais com esta técnica e foi promovida uma palestra específica sobre a temática, quando muito se ampliou o conhecimento dos participantes.

Figura 5 – Convite para participação na atividade de Tai Chi Chuan

Fonte: Os autores (2019).

Outro resultado importante foram as atividades relacionadas ao Componente Curricular Regular Saúde Coletiva, que pôde conter atividades de extensão e de vivências neste campo do conhecimento. Na extensão, foi promovida uma articulação com o Projeto de Extensão vinculado ao Complexo Prisional de Chapecó (Foto 1). Nesta oportunidade, o objetivo foi de acompanhar a implantação de um Horto Medicinal no Complexo Penitenciário de Chapecó (SC), com atividades específicas de Promoção da Saúde. Os acadêmicos efetuaram ações em dois campos.

Foto 1 – Oficina para construção de Horto Medicinal na UBS do Complexo Penitenciário de Chapecó

Fonte: Acervo dos autores (2019).

O primeiro campo foi relacionado às Plantas Medicinais, no fornecimento de material instrucional e educativo para implantação do Horto Medicinal no Modelo do Relógio Biológico da Medicina Tradicional Chinesa. Foram planejados momentos de preparação dos servidores da UBS do Complexo Prisional para identificação e manuseio das plantas para uso e acesso dos apenados (foto 2). E o segundo campo foi Yoga e Meditação, com o planejamento e realização de dois workshops envolvendo os agentes penitenciários que têm muitos problemas relacionados à ansiedade e ao estresse.

Foto 2 – Atividade de Yoga para agentes penitenciários no Complexo Penitenciário de Chapecó

Fonte: Acervo dos autores (2019).

Quanto às atividades de vivências, a atividade dos acadêmicos na UBS Quedas do Palmital contribuiu para a construção de um Horto Medicinal (Foto 3).

Foto 3 – Construção de Horto Medicinal Na UBS Quedas do Palmital – Chapecó

Fonte: Acervo dos autores (2019).

No ano 2020, devido à Pandemia do Coronavírus, a COVID-19, as atividades de extensão do projeto precisaram ser suspensas e o projeto precisou ser encerrado. De maneira geral, as pessoas que passaram pe-

los atendimentos individuais ao longo do desenvolvimento do LABPICS relataram benefícios relacionados à diminuição de estresse e se sentiram mais capazes de relaxar ou dentro da normalidade emocional e psíquica. A maioria dos participantes relataram a importância da continuidade da proposta do projeto dentro na da universidade com maior disponibilidade de horários para agendamentos.

Chama a atenção a necessidade de intervenções relacionadas à maior qualidade de vida, uma vez que estas condições interferem no desempenho acadêmico e/ou profissional. Os atendimentos coletivos em modelo de oficinas, palestras e encontros semanais tiveram retornos positivos dos participantes que igualmente solicitam mais atividades relacionadas a práticas corporais e mentais distintas das convencionais no *campus* para que possam se planejar e participar.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo registra algumas atividades do projeto de extensão, e a importância deste registro é a introdução da política nacional, a PNPIC/SUS, na comunidade acadêmica, sobretudo no Curso de Medicina de uma universidade federal. Isso incentiva a participação no debate global e nacional vigentes e contribui na valorização e reconhecimento de outras práticas corporais e mentais para o cuidado e cura, diferentes das práticas convencionais.

A articulação entre Extensão e Ensino realizada por meio do CCR de Saúde Coletiva tem demonstrado interação e comprometimento dos acadêmicos e dos docentes. A constituição de um espaço acadêmico para vivenciar e debater outras práticas terapêuticas foi de fundamental importância para fortalecer o espírito humanista com aceitação da grande diversidade cultural que existe no mundo e na universidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006: aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília: 4 maio 2006. Seção 1: 20-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)**: atitude de ampliação de acesso, 2008.

LUZ, M. T; BARROS, N. F. **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012a.

LUZ, M. T; BARROS, N. F. Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: uma análise sócio-histórica e suas relações com a cultura atual. *In*: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S; AKERMAN, M.; DRUMOND, M; CARVALHO, Y.M. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012b. p. 317-340.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional. 2002 – 2005**, 2002. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf?ua=1 Acesso em: 30 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional. 2015 – 2023**, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 30 mar. 2017.

9 EXPERIÊNCIA EM EXTENSÃO DE SAÚDE COLETIVA NO CURSO DE MEDICINA: YOGA E MEDITAÇÃO EM BUSCA DE TRANQUILIDADE E CONCENTRAÇÃO NO COTIDIANO DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL

Maria Eneida de Almeida
Tália Cássia Boff
Carolina Martins de Magalhães

1 INTRODUÇÃO

A introdução da Ayurveda como uma filosofia de vida decorre do significado da palavra que é "conhecimento (veda) da longevidade (ayur)", composta pelas práticas médicas durante o desenvolvimento da cultura indiana, desde os tempos mais remotos até se tornarem uma doutrina unificada e organizada, aproximadamente já no século V a.C., período em que os textos de tradição familiar e acadêmica foram produzidos. A riqueza da Índia em produtos e terras férteis regadas por rios abundantes atraiu fortemente a atenção e interesse dos povos vizinhos. Isso acarretou grandes sofrimentos devido às invasões de persas, gregos, mongóis, árabes e outros povos. Dessa forma, o Ayurveda foi primeiramente uma influência significativa no subcontinente indiano e logo se disseminou tanto para as regiões próximas quanto as mais longínquas (DEVESA, 2013).

Além das invasões, um fator que contribuiu para a expansão do Ayurveda foi o próprio panorama indiano de migração dos monges budistas, em torno do século V a.C., para os reinos vizinhos e também os

afastados, devido à perseguição por razões políticas ou religiosas, acarretando, consequentemente, difusão do aprendizado religioso e das técnicas de cuidado médico. Nesse sentido, há relatos de impérios indianos transformados em satrapias (províncias) gregas devido à invasão ocorrida na Índia, cujos soldados gregos que eram mordidos pelas serpentes recebiam tratamentos dos indianos, em vista da qualidade de atendimento e dos resultados positivos dos antídotos contra os venenos. O cuidado com as vítimas de animais peçonhentos era bastante valorizado (DEVESA, 2013).

Para se entender o sistema médico do Ayurveda deve-se compreender sua filosofia e sua religiosidade. A filosofia ensina que o universo está intimamente relacionado com o homem e a energia cósmica se revela nas coisas animadas e inanimadas. Saúde significa harmonia e doença é um distanciamento da natureza, pois todas as moléstias são consideradas desequilíbrios e desarmonias. Além disso, o indivíduo tem a capacidade inata de autocura. Para a Medicina Ayurvédica, o universo é composto por cinco elementos os quais formam sua base estrutural, bem como são o fundamento de toda a criação física: éter (espaço), ar, fogo, água e terra. Esses elementos também possuem relação com os órgãos dos sentidos e com a harmonização de nosso corpo, cuja interação pode ser descrita da seguinte forma: pelo éter transmite-se o som e, desta forma, pode-se relacionar este elemento com o sentido da audição tendo como órgão o ouvido; o ar relaciona-se com o sentido do tato tendo a pele como seu órgão sensorial; o fogo manifesta-se como calor e luz, se relacionando com o órgão da visão; a água está relacionada com a gustação e o órgão sensorial é a língua; e, finalmente, o elemento terra relaciona-se com o olfato e seu órgão sensorial é o nariz (LUZ, 2013).

Outro componente fundamental dessa medicina é a Teoria dos Humores – os *Doshas,* na qual se afirma a existência de três humores ou

tridoshas vidya, se postulando que o organismo possui uma composição física e mental comandadas por: *Vata* ou Ar, o qual realiza o controle de movimentos externos e internos do corpo; *Pitta* ou Fogo, responsável pelo mecanismo de transformação, referente à digestão, hormônios e outros, e *Kapha* ou *Shleshman*, elemento Água, está relacionado à nutrição, lubrificação e estruturação mental e corporal. Esses humores abrangem um segundo elemento complementar, que determina as suas funções fisiológicas, sendo *Vata* formado pelo Ar e Espaço; *Pitta* combina Fogo e Água, havendo, assim, uma estabilização para que o Fogo não se autoconsuma; e, por fim, *Kapha*, é formado pela Água e Terra, que lhe fornece contenção (LUZ, 2013).

Na manifestação das doenças, conforme o Ayurveda, sabe-se que há uma subdivisão em seis estágios: acúmulo (*sancaya*), agravação (*prakopa*), hiperflexo (*prasara*), deslocamento (*sthana samçraya*), manifestação (*vyakti*) e diferenciação (*bheda*), sendo que, geralmente, possuem preferência pelo sistema digestório e seguem até o comprometimento de órgãos vitais. No que se refere aos tecidos humanos, há uma definição muito mais funcional do que anatômica, sendo divididos em sete tecidos: plasma (responsável pela nutrição), sangue (vitalidade e distribuição de nutrientes), músculo (sistema de locomoção), gordura (processos de hidratação e lubrificação de tecidos), ossos (sistema de sustentação), medula (tanto óssea como vertebral), tecido conjuntivo (preenchimento e controle) e tecido germinativo (responsável pela procriação). Esses tecidos estão intimamente interligados e o comprometimento funcional de um acaba afetando aos demais (DEVESA, 2013).

A partir da filosofia do Ayurveda que trabalha o corpo humano de modo dinâmico, o Yoga se traduz como sua prática central. Desse modo, é uma prática sistemática, composta de técnicas em busca do auxílio dos seres humanos a se tornarem conscientes da sua natureza essencial. Esta

prática não tem foco somente no corpo e na mente, mas busca envolver o espírito interior e mesmo a própria espiritualidade. O Yoga começou a ser vivenciado por volta de cinco mil anos atrás, surgindo no norte da Índia, por meio da tradição hindu que a codificou e, posteriormente, a expandiu por intermédio da oralidade de mestre para discípulo. Especificamente, foi Patanjali, há 150 anos d.C. que deu ênfase aos ideais do Yoga, a partir de uma obra com cerca de 196 aforismos sobre prática e filosofia, sendo conhecido como seu fundador, além de ser o criador do *Ashtanga* ou *Raja Yoga* (OLIVEIRA, 2015).

Os oito passos do Yoga devem estar presentes no cotidiano de quem deseja o equilíbrio entre a mente, o corpo e o espírito, sendo eles: yamas (conduta social), niyamas (conduta individual), asana (posturas físicas), pranayama (exercícios respiratórios), pratyahara (abstração dos sentidos), dharana (concentração), dhyana (meditação) e samadhi (hiperconsciência). Mesmo com esses preceitos, há uma diversidade de focos em que o Yoga foi inserido, independente de qual preceito será mais ressaltado. Por exemplo, no *Yoga Sutras* há a exposição de práticas em que o indivíduo se fixa em si mesmo e se desenvolve na busca de libertação, sendo que há maior destaque aos asanas e pranayamas (técnicas que envolvem o trabalho físico), evidenciando que o Yoga, como uma disciplina, visa trabalhar a mente/intelecto, e que o corpo é uma ferramenta apenas adicional. Por outro lado, no *Hatha Yoga*, que surgiu entre os séculos IX e X d.C., o foco é com base no corpo para se chegar à mente, ou seja, destacam-se as posturas físicas (asanas), como sendo o componente principal do Yoga praticado no Ocidente. Atualmente, o *Hatha Yoga* se coloca como complementar ao *Yoga Sutras* de Patanjali, sendo, desse modo, um meio para abrangê-lo (OLIVEIRA, 2015).

Devido aos variados benefícios para tornar o corpo forte e a mente flexível, o Yoga melhora significativamente o sistema respiratório, diges-

tivo, circulatório e especialmente o hormonal/endócrino, de modo que gera uma estabilidade psicoemocional, sendo promovidas melhorias na qualidade de vida, além da prevenção de doenças crônicas.

As práticas se expandiram até o Ocidente, por volta de 1893, com a chegada de Swami Vivekananda aos Estados Unidos. Posteriormente, Swami Sivananda, também como precursor ocidental, cursou Medicina Ocidental Moderna e concluiu que esta curava superficialmente o indivíduo, pois defendia que o problema provém do psiquismo humano. Esse ponto se torna de fundamental importância para divulgar uma visão mais integral do ser humano, na qual o Yoga é a prática que permite essa dimensão da saúde (OLIVEIRA, 2015).

No âmbito acadêmico, a primeira tese referente ao Yoga foi apresentada por Mircea Eliade na Universidade de Bucareste, em 1933, e, posteriormente, publicada, no ano de 1936, em francês. Somente em 1961 ocorreu a escrita do primeiro livro, publicado na Índia, por meio do Ministério da Saúde. No Brasil, o oficial militar, Caio Miranda, foi o pioneiro a trazer a prática do Yoga, por volta de 1940, para o Rio de Janeiro, publicando o livro intitulado Libertação pelo Yoga, em 1963. No entanto, cientificamente o Yoga se difundiu no Brasil, por intermédio da professora mestre Ignêz Novaes Romeu, a qual fundou, em 1975, o Instituto Yoga Lonavla, em São Paulo (OLIVEIRA, 2015). Em 2011, o Yoga foi introduzido no Sistema Único de Saúde por meio da Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011, com a criação do programa Academia da Saúde pelo Ministério de Saúde. Assim, sua prática está, cada vez mais, sendo reconhecida por diferentes campos do conhecimento, além de ser valorizada e aplicada em diversas áreas da saúde e educação. Sua importância, de acordo com Oliveira (2015), é de cunho mundial, estando incluída pela Organização Mundial de Saúde na classificação como Medicina Tradicional (MT) / Medicina Complementar Alternativa (MCA).

É bastante estudado o paradigma biomédico ocidental que tem o foco na doença, demonstrando que a Medicina convencional possui formas limitadas de terapias, as quais se baseiam no tratamento da doença com o uso de medicações, processos cirúrgicos e outros métodos que são mais invasivos ao corpo humano e não abrangem completamente o ser. Os pacientes buscam por terapias complementares e integrativas como forma de intervenção direcionada, sobretudo, à saúde como um modelo de atenção e responsabilidade, e de autocuidado pessoal. A sabedoria ancestral da Medicina Ayurvédica com os ensinamentos do Yoga e da Meditação tem o potencial para o desenvolvimento de atividades voltadas para a promoção da saúde, para o bem-estar de uma dada comunidade com estratégias corporais que possam impulsionar os interessados a buscar conexão com o universo, bem como movimentar o corpo, estimulando os órgãos endócrinos, consequentemente, harmonizando suas secreções hormonais para, por fim, alcançar um estado de equilíbrio, relaxamento e energia que dê sentido ao cotidiano individual, familiar e social.

No Brasil, o sistema público de saúde contém recursos terapêuticos não convencionais, hoje chamados de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e está na vanguarda do movimento de inserção de Medicinas Tradicionais, tornando-se um dos países com maior disponibilidade e número de práticas na atenção básica. Em uma linha do tempo, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi lançada em 2006 com a oferta de cinco procedimentos que, somados com quatorze práticas incluídas em 2017, somaram 19 PICS: ayurveda, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terma-

lismo social/crenoterapia e yoga. Em 2018, na abertura do 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Saúde Pública (INTERCONGREPICS), no Rio de Janeiro, foi anunciada a incorporação de mais dez procedimentos: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais.

Com isso, o SUS passou a oferecer vinte e nove procedimentos diferenciados para a população, os quais visam a prevenir doenças e também atentar para o tratamento adjunto com a medicina convencional (VALADARES, 2018). A partir de então, as práticas integrativas e complementares são utilizadas como uma medida adicional de intervenção no processo de saúde-doença da população, pois, segundo a Organização Mundial da Saúde, são consideradas terapias não medicamentosas de cunho preventivo para colaborar na redução dos fatores de risco e no manejo de doenças crônicas. Como um exemplo da eficiência e utilidade de práticas integrativas e complementares pode-se citar o Yoga, em que se destaca sua atuação como exercício físico, respiratório e mental, que relaxa e contrai os músculos, ocasionando, com as suas posturas, uma automassagem sobre as glândulas endócrinas e, assim, expandindo a capacidade respiratória e exercitando a parte cognitiva e de atenção, por meio da prática conjunta à Meditação. Vale ressaltar que sua abrangência vai muito além, pois também estimula o autocuidado, a alimentação saudável e vegetariana, a prática da ética e, sobretudo, a não violência (CASTRO, 2013).

O propósito deste capítulo é registrar as vivências de Yoga desenvolvidas regularmente na universidade, sendo parte das atividades planejadas e programadas pelo Projeto de Extensão "Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LABPICS)", que se articula com as atividades de extensão do Componente Curricular Regular

de Saúde Coletiva nos três primeiros anos do curso de medicina. E que este registro possa incentivar futuras atividades relacionadas ao tema.

2 COMO DESENVOLVEMOS NOSSAS VIVÊNCIAS

As vivências foram oferecidas de forma gratuita e livre para acadêmicos, servidores públicos docentes e técnicos, bem como para a comunidade regional. Neste primeiro momento foram programadas vivências às segundas-feiras, com aulas de Yoga e às quintas-feiras, com aulas de Meditação, na sala 109 do laboratório 2 do *Campus* Chapecó, com o instrutor Amartya Deva, da Ananda Marga, uma escola de yoga e meditação em Chapecó. A partir dessas vivências, um questionário on-line foi elaborado pelas acadêmicas participantes do grupo de extensão em Saúde Coletiva IV da 4ª fase do Curso de Medicina, por meio do *Google Forms,* e enviado aos participantes via um link em grupo organizado no aplicativo de mensagens *WhatsApp* e também por e-mail.

A divulgação institucional ocorreu de várias formas: por via de e-mails quinzenais da coordenação do projeto encaminhados para a coordenação acadêmica que disparou para todo o *campus* Chapecó; para atingir a comunidade regional matérias foram veiculadas pelo site da universidade, pelo *Facebook* institucional; bem como, por grupos de *WhatsApp*. Essas plataformas e redes sociais possibilitaram uma maior divulgação das aulas, abrangendo tanto o público estudante, quanto os técnicos e servidores da universidade, e para tanto, houve uma disseminação de conhecimento referente às diferentes medicinas existentes no mundo, além das práticas que visam o cuidado à saúde e à cura. As aulas foram ministradas por instrutores voluntários ou facilitadores, os quais possuem formação em Ayurveda e se integram à proposta de extensão que almeja proporcionar conhecimentos para promover saúde e bem-estar.

A partir do exposto, foi solicitado aos participantes que respondessem a um questionário contendo as seguintes perguntas: i) Qual o seu nome? ii) Qual a sua idade? iii) Qual o seu curso/atividade na universidade? iv) Como você ficou sabendo da atividade? v) Você já conhecia o Tantra Yoga? vi) O que achou do dia/horário? vii) Como você se sentiu no restante do dia da prática? viii) Sentiu algum efeito positivo durante a semana? ix) Se sim, quais? x) Você recomendaria esta prática do Yoga para alguém? xi) Você tem alguma sugestão? O formulário foi disponibilizado via link em grupo do *WhatsApp* composto pelos participantes, e enviado por e-mail, somando-se um total de 22 praticantes do Yoga e Meditação, dos quais, dezesseis responderam ao questionário. Esse método deu a possibilidade de descrever com maior detalhamento os resultados gerados pelas vivências.

3 OS EFEITOS DA PRÁTICA SEMANAL

A partir da metodologia aplicada via formulário, foi possível detectar que, entre os participantes, apenas 31,2% já haviam tido contato com as práticas de Yoga e de Meditação, contra 68,8% que não as conheciam.

Em relação ao público, sua composição majoritária foi de graduandos dos cursos superiores, entre eles, Medicina, Enfermagem, Agronomia, Pedagogia, História, além de mestrandos, técnicos e servidores da universidade. A faixa etária variou entre os 19 e 46 anos, sendo que 69,1% apresentaram idade inferior aos 30 anos.

Sobre a maneira pela qual os participantes tiveram conhecimento da ocorrência das aulas de Yoga e de Meditação, sucedeu-se por meio de amigos e colegas, via e-mail, página da universidade nas redes sociais como o *Facebook* e o *Instagram*, bem como, por participar do projeto de extensão relacionado a essas atividades.

Referente ao horário definido para as atividades regulares de Yoga e Meditação, entre as 11h30min às 13 horas, ou seja, durante o intervalo destinado ao almoço, as respostas recebidas foram de 31,2% ótimo, 43,8% bom e 25% regular. Não houve respostas como horário ruim e/ou péssimo. Entretanto, alguns participantes que assinalaram como regular, justificaram a resposta devido a sentirem necessidade de almoçar, pois a atividade era realizada em horário de funcionamento do Restaurante Universitário.

Em seguida, as respostas foram mais diversificadas, pois as perguntas foram mais direcionadas aos sentimentos que os participantes presenciaram durante o restante do seu dia, bem como, ao longo da semana. Dentre as respostas provindas dessas perguntas, referentes aos sentimentos ao restante do dia em que realizaram as aulas práticas, encontram-se tranquilidade, coração desacelerado, vontade de dar continuidade em casa, paz interior, leveza, calma, concentração, relaxamento, paciência e melhora da postura. Semelhantes a essas respostas, se sentiram algum efeito positivo durante a semana, 93,8% (quinze participantes) responderam que sim, e 6,2% (um participante) respondeu que não. Aos que responderam "sim", solicitou-se que mencionassem os efeitos positivos. Os principais foram:

> Respirei melhor e mais fundo no resto da semana e, agora, tenho cuidado mais da minha respiração (M., 2019);
> Mais concentrado (A., 2019);
> Relaxamento, harmonia, sensação de completude, paz (T., 2019);
> Tranquilidade, relaxamento (D., 2019)"
> Mais calma e tranquilidade. Pensamentos atenuados (M., 2019);
> Tranquilidade, relaxamento, mais disposição (A. C. G., 2019);

Em harmonia, relaxada, sono tranquilo (L. P., 2019);
Menos ansiedade, mais tranquilidade, menos dores nas costas (M. C., 2019);
Tranquilidade (A. P., 2019);
Força emocional (A. M., 2019);
Controle da ansiedade, pensamentos positivos (A. C. A., 2019);
Relaxamento, ajuste na postura, percepção corporal aumentada, diminuição da ansiedade (L., 2019);
Calma, tranquilidade para estudar, lidar com as questões (G. M. P., 2019);
Mais tranquilidade e concentração (G., 2019);
Disposição (P. R., 2019).

A seguir, pediu-se aos participantes se recomendariam as práticas vivenciadas em Yoga e Meditação para as outras pessoas, e a resposta unânime foi que sim. Além disso, foram solicitadas possíveis sugestões para impulsionar na continuação do projeto e das vivências regulares dessas atividades. Foram citadas algumas possibilidades como as atividades ocorrerem ao final do dia em substituição ao horário do almoço, continuação e ampliação de projetos e momentos embasados nas terapias alternativas e preventivas e o aumento da frequência das aulas para duas vezes na semana (no caso da Yoga).

A partir dos resultados ressaltados dos questionários aplicados, foi possível compreender a necessidade de serem realizados projetos que tenham um cunho de atividades complementares e integrativas, para tanto, há na literatura atual uma imensidade de artigos, livros, trabalhos e congressos que tratam dessas práticas, e incentivam sua realização, diante de uma rotina exaustiva enfrentada na universidade.

Sabe-se o quanto é difícil manter uma vida acadêmica e/ou profissional equilibrada com um corpo e uma mente saudável, devido à pressão

diária e à cultura do imediatismo, que geram graves sintomas de ansiedade e depressão. Segundo os dados publicados em 2017 pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017), em “Depression and other common mental disorders: global health estimates”, estima-se que cerca de 9,3% dos brasileiros sofrem de algum transtorno ansioso. Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de práticas acessíveis e capazes de ajudar a lidar com essa desarmonia energética, emocional e física, como também a popularização cada vez mais ampla de práticas não medicamentosas, que, consequentemente, não possuem efeitos adversos. A meditação surge como uma alternativa eficiente na condução da melhoria da qualidade de vida e autorregulação, contando com técnicas destinadas a promover o relaxamento, exercícios realizados com um objetivo mais abrangente, como uma maior sensação de bem-estar (SILVA, 2017).

Cabe ressaltar que vivências como a realizada e relatada neste capítulo também ocorreram em outras universidades como, por exemplo, o programa “Yoga e Promoção da Saúde”, composto por aulas de *Hatha Yoga*, utilizando técnicas corporais e respiratórias e conteúdo ético-filosófico, ministradas a dois grupos de docentes, servidores e alunos, de uma universidade pública do Estado de São Paulo. O trabalho desenvolvido mostrou que o Yoga proporciona benefícios para a saúde das pessoas, por este motivo, foi adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como uma prática importante no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Cabe agora aos pesquisadores manter as pesquisas para o incentivo permanente do Yoga, tendo em vista os benefícios deste conhecimento e que possa ser crescentemente aplicado no campo da saúde, bem como os melhores e mais efetivos meios para reconhecer e valorizar a inserção desta prática no SUS (BARROS, 2014).

Nesse sentido, outro estudo demonstrou qual o tempo diário de prática necessário para gerar benefícios e descobriu-se que, desde pou-

cos minutos de atividade de meditação já acarretam surpreendentes efeitos positivos. Além disso, demonstrou-se que, quanto mais horas de meditação, maiores os benefícios colhidos. E nos níveis mais elevados de prática, encontramos traços verdadeiramente alterados — mudanças no cérebro que a ciência nunca observou antes, mas que foram propostos em décadas passadas (GOLEMAN, 2017). Isso explica a razão pela qual entre as sugestões dos questionários, os participantes pediram para aumentar o número de vezes da prática semanal, bem como, ampliar e manter o projeto no semestre seguinte.

Os estudos sobre as práticas de Yoga e Meditação estiveram voltados para explicar as suas repercussões na vida do praticante. Por meio de medidas minuciosas e rigorosas, identificou-se uma série de padrões de reações que caracterizam como um estado de consciência particular, diferente dos tradicionalmente conhecidos, como vigília, sono e sonho. Essas reações também são chamadas de respostas psicofisiológicas ou neurofisiológicas, pois refletem mudanças no sistema nervoso central e autônomo (MENEZES, 2009).

Para aprofundar como a Meditação e o Yoga alteram o sistema nervoso autônomo, os estudos experimentais e de metanálise revelaram a redução do consumo de oxigênio, da eliminação de gás carbônico e da taxa respiratória, e isso indica uma diminuição da taxa do metabolismo, bem como o aumento da resistência da pele e uma redução do lactato plasmático, cuja alta concentração é associada a altos níveis de ansiedade. Com respeito à frequência cardíaca, alguns estudos não observaram diferença, enquanto outros verificaram uma diminuição significativa. Embora já tenha sido discutido que os resultados sobre os efeitos da Meditação não são conclusivos, atualmente, na literatura, há um crescente número de pesquisas envolvendo a fisiologia dessas práticas (MENEZES, 2009).

Com a Meditação é possível chegar a um estado de hipometabolismo basal, além de manter a mente em estado de alerta, sobretudo porque quem medita desenvolve a capacidade de controlar determinadas funções fisiológicas involuntárias. Com isso, a Meditação pode ser considerada uma técnica eficaz de biofeedback, constituindo uma das técnicas mais antigas de autorregulação. Nesse aspecto, a redução da ansiedade e o aumento de sentimentos positivos podem ser explicados devido a mudanças da atividade neuroelétrica, acompanhadas pelas ondas do Eletroencefalograma (MENEZES, 2009).

A meditação também pode produzir mudanças estruturais, atuando diretamente sobre a plasticidade cerebral, nesse sentido, uma pesquisa comparativa da espessura do córtex de meditadores experientes com um grupo controle encontrou diferença significativa nas regiões relacionadas à sustentação da atenção, em que a espessura era maior nos praticantes experientes. A regularidade e a continuidade da prática influenciam a intensidade das respostas e, portanto, produzem mudanças duradouras (MENEZES, 2009).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências vivenciadas nas atividades regulares de Yoga e Meditação trouxeram resultados positivos para que práticas semelhantes sigam ocorrendo na universidade. Isso possui grande aplicabilidade como previsto nos estudos que compõem a literatura, sendo uma importante medida de promoção da saúde, com uma diversidade de benefícios. O desenvolvimento de projetos que proporcionam vivências visa à integralidade da saúde e a consequente melhora na qualidade de vida, diante do dia a dia de estudantes, professores, técnicos e servidores da universidade, os quais possuem uma rotina exaustiva e repetitiva de atributos

a serem cumpridos. Assim, o contato com a Meditação pode gerar uma sensação inicial de perda de tempo ou uma certa estranheza, pois todos costumam estar conectados o tempo inteiro, sabendo das notícias e assuntos do momento. Porém, sabe-se que a tecnologia que contribuiu para a criação desse mundo globalizado, também, é a mesma que comprova os benefícios de práticas milenares como a Yoga e a Meditação, que, por muito tempo, foram vistas pelo Ocidente como desprovidas de cunho científico, relacionadas à superstição (ASSIS, 2012).

Com base nessa situação em que o imediatismo tem poder hegemônico, talvez as pessoas que vivem esse mundo tecnológico precisem desligar um pouco essa automaticidade das reações e buscar refletir o quanto essas práticas auxiliam no processo de determinação de objetivos, autoconhecimento e de melhora significativa na qualidade de vida, de forma natural (ASSIS, 2012).

É possível concluir que o encontro da ancestralidade com os avanços tecnológicos apresenta-se produtivo, ou seja, a partir das práticas antigas como o Yoga e Meditação pode-se inovar fazendo o uso tecnológico, por exemplo, com a postagem de vídeos em plataformas como o YouTube, além da criação de aplicativos específicos a citar "Medite.se", "Sattva", "Yoga Studio", "Daily Yoga" e inúmeros outros, buscando-se, assim, alcançar um equilíbrio diante do excesso do uso da tecnologia e do afastamento de práticas provindas dos conhecimentos ancestrais.

Este texto apontou a experiência obtida com o Projeto de Extensão "Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – LABPICS", que reconheceu e valorizou a inclusão dessas práticas. Além disso, vale destacar o quanto tais atividades proporcionam conhecer o histórico de saúde brasileiro diante da inserção de medidas adicionais, bem como a sua evolução em proporcionar o conhecimento e a prática de diferentes atividades regularmente.

Assim, no âmbito da inserção de atividades de Yoga e Meditação, foi possível comprovar benefícios descritos na literatura, pois a maioria dos participantes não tinha intimidade com tais práticas e a partir desse contato demonstraram o desejo de dar sequência e incorporá-las na vida pessoal. Os objetivos do projeto em desenvolver novas práticas para qualidade de vida com vistas à promoção da saúde foram cumpridos e esta publicação poderá estimular novas experiências.

REFERÊNCIAS

ASSIS, D. Os benefícios da meditação: melhora na qualidade de vida, no controle do stress e no alcance de metas. **Revista Travessias**, 15. ed. Cascavel, v. 6, n. 2, 2012.

BARROS, N. F *et al.* Yoga e Promoção da Saúde. Revista **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1305-1314, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS – P NPIC-SUS**: atitude de ampliação de acesso. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CASTRO, C. M. **Yoga e doenças crônicas:** inovações no cuidado do câncer e diabetes. 2013. 73p. Mestrado em Saúde Coletiva (Dissertação de Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, São Paulo. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311413/1/Castro_CeciliaMuzettide_M.pdf. Acesso em: 26 jul. 2019.

DEVESA, A. C. R. S. Ayurveda - a medicina clássica indiana. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 92, n. 3, p. 156-165, jul./set. 2013.

GOLEMAN, D; DAVIDSON, R. J. **A ciência da meditação:** Como transformar o cérebro, a mente e o corpo. Tradução de Cássio de Arantes Leite. Rio de Janeiro: Objetiva, 2017.

LUZ, M. T; BARROS, N. F. **Racionalidades Médicas e Práticas integrativas em saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/Abrasco, 2012. 360 p.

MENEZES, C. B; DELL'AGLIO, D. D. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 276-289, jun. 2009.

OLIVEIRA, M. C. S; WINIAWERB, F. B. Gestão de corpo e mente com yoga: um enfoque para saúde, bem-estar e qualidade de vida. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 16, n. 3, p. 201-207, 2015.

SILVA, K. A. R.; BARROS, I. N.; MARQUES, A.V. **Benefícios da meditação nos transtornos de ansiedade**: a busca pelo equilíbrio do ser. I Congresso Nacional de PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde), 2017. Natal, RN. Disponível em: http://editorarealize.com.br/revistas/congrepics/trabalhos/TRABALHO_EV076_MD4_SA5_ID938_28082017103948.pdf. Acesso em: 26 jul. 2019.

VALADARES, C. Ministério da Saúde inclui 10 novas práticas integrativas no SUS. **Portal do Governo Brasileiro**, 2018. Disponível em: http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus. Acesso em: 06 jan. 2020.

10 EXTENSÃO EM SAÚDE COLETIVA NO CURSO DE MEDICINA: HORTO MEDICINAL NO MODELO DO RELÓGIO BIOLÓGICO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA EM SEARA (SC)

Maria Eneida de Almeida
Ana Paula Rodrigues
Bárbara Breda
Carolina Magalhães
Carlos Renato Rodrigues Filho

1 INTRODUÇÃO

Este texto traz um relato de experiência teórico-vivencial de atividades de extensão com acadêmicos do período formativo na Graduação em Medicina. A ênfase foi trazer à luz conhecimentos ancestrais que contribuem com o cuidado de si e do outro, e levantam questionamentos sobre a medicalização da vida e da sociedade contemporâneos, bem como adquirir um olhar que amplia, integra e complementa as possibilidades de tratamento e cura. O objetivo central das atividades desenvolvidas foi o reconhecimento e a valorização de recursos terapêuticos naturais e tradicionais provenientes de plantas bioativas ou medicinais do Brasil em convergência com conhecimentos ancestrais provenientes da Medicina Tradicional Chinesa.

O Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) atende às Diretrizes Curriculares Nacionais para o desenvolvimento do perfil do egresso. A proposta institucional para uma permanente reflexão crítica, amplia os horizontes

da clínica, baseando-se na integração com a questão social. A Saúde Coletiva dá sua contribuição fundamentada no princípio constitucional da Integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Este princípio alicerça a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Duas políticas do Ministério da Saúde, lançadas em 2006, visaram ao desenvolvimento nacional e têm fomentado o interesse no campo do saber e das práticas populares: a) a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterapia (PNPMF) (BRASIL, 2006a) e b) a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006b), em que as Plantas Medicinais vêm apresentando uma trajetória relevante em todo o Brasil, com a construção de Hortos Medicinais e de Farmácias Vivas na Atenção Básica do SUS (BRASIL, 2012). A proposta fundamental que está vigente é a inclusão das Plantas Medicinais e a Fitoterapia como opções terapêuticas no SUS.

Essas políticas visam fortalecer as ações no SUS, para a melhoria do acesso da população aos medicamentos, a inclusão social e regional, o desenvolvimento industrial e tecnológico, além do uso sustentável da biodiversidade brasileira e da valorização e preservação do conhecimento tradicional associado das comunidades tradicionais e indígenas. As ações para implementação das práticas neste campo buscam ampliar a oferta de serviços de forma segura, por profissionais de saúde qualificados, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, promovendo a integralidade da atenção na APS em toda a Rede SUS.

A PNPMF trouxe, entre suas diretrizes, a elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos (RENISUS), plantas medicinais de interesse do SUS, que hoje é referência para provimento aos usuários do sistema. Neste sentido, é de grande importância que se abra um espaço para estudos e atividades relacionadas aos recursos terapêuticos que estão contemplados na PNPIC/SUS, com abordagem teó-

rico-vivencial acerca de novas práticas em saúde, além da inserção no ensino, na pesquisa e na extensão em uma universidade pública e popular, que tem como eixo central atender à população da região oeste de Santa Catarina.

2 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

O conhecimento sobre as Plantas Medicinais no sistema público de saúde está consolidado em muitos lugares do território nacional e pode dar grande contribuição na orientação da educação médica para a atenção à saúde na resposta às necessidades sociais, com a meta de modificar a realidade de saúde do país e impulsionar a transformação no pensamento e na prática médica contemporânea. É de grande importância um espaço acadêmico para estudos e atividades relacionados aos recursos terapêuticos tangentes à PNPIC/SUS, com abordagem teórico-vivencial acerca de práticas em saúde que diferem do fenômeno da medicalização e buscam a integralidade.

A temática das Plantas Medicinais é parte de um movimento de integração e complementaridade ao paradigma biomédico, hegemônico no mundo ocidental e nos cursos da área da saúde. No período formativo, é importante que os acadêmicos conheçam outras medicinas vigentes no mundo e recursos terapêuticos distintos dos convencionais. Este movimento rompe com a rigidez acadêmica convencional e derruba preconceitos estabelecidos na educação em saúde em geral, e, em particular, na educação médica, onde a medicalização alopática é a forma convencional de se tratar enfermidades.

A Integralidade foi o princípio básico do Projeto de Extensão "Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – LABPICS", que articula com o Componente Curricular Regular

de Saúde Coletiva na formação médica. A articulação Ensino-Extensão, nessa temática, está relacionada ao interesse da docente e coordenadora do projeto, que abriu um espaço institucional e um tempo específico para estudos e atividades de acadêmicos.

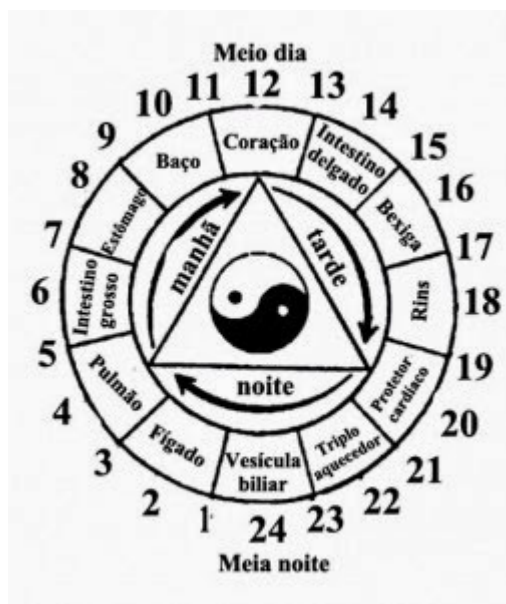
O objetivo deste capítulo é compartilhar uma experiência de extensão em Saúde Coletiva exitosa, relacionada ao Projeto de Extensão citado anteriormente. As Plantas Medicinais estão presentes no projeto original com a finalidade de identificar recursos terapêuticos para outros cuidados em saúde inseridos no SUS e aprofundar os conhecimentos sobre as práticas mais utilizadas no Brasil.

3 COMO FIZEMOS NOSSA VIVÊNCIA

As atividades de extensão dos componentes curriculares de Saúde Coletiva representam os interesses de cada docente que planejam os temas que seus grupos desenvolverão no semestre. Neste caso, a docente, que tanto é tutora de pequenos grupos de acadêmicos quanto coordenadora do LABPICS, elegeu como temática do semestre para as atividades de extensão da Saúde Coletiva, as plantas medicinais.

A proposta em 2018.2 foi construir uma parceria, articulada previamente, com entidades que trabalham com agroecologia no oeste catarinense e agricultores familiares de Seara (SC) com grande conhecimento no modelo de horto medicinal cósmico, relacionado aos conhecimentos da Medicina Tradicional Chinesa. O grupo de acadêmicos que desenvolveu atividades estava na terceira fase do Curso de Medicina, onde elaboraram um plano de trabalho para desenvolver dois produtos: i. um catálogo de Plantas Medicinais, adequadas para este modelo de horto; ii. As placas de cada Planta Medicinal cultivada nestes hortos.

O horto que foi visitado e estudado pelos acadêmicos é desenvolvido criteriosamente por agricultores familiares do oeste catarinense, na cidade de Seara, que cuidam do meio ambiente e da saúde das pessoas, atentos ao conhecimento ancestral das plantas curativas e seus benefícios para o equilíbrio energético do corpo humano. O horto medicinal do relógio do corpo humano (Figura 2) é uma metodologia de trabalho que integra o uso de plantas medicinais aos seus benefícios em relação ao corpo humano. Une conhecimentos da Medicina Tradicional Chinesa relacionados ao organismo humano e sua relação com o relógio cósmico (VELLOSO *et al.*, 2005).

Figura 1 – Relógio biológico

Fonte: Minha Escola – Projeto Mandala dos Chás (2014).

Estes cuidados oferecem segurança na produção das plantas medicinais, livres de agroquímicos, animais e contaminantes. Facilitam o acesso da comunidade, preservam o ambiente, as espécies e promovem a

qualificação nas atividades de todos que deste modelo se apropriam. Por fim, passam a ser um importante instrumento pedagógico e educativo para os interessados que utilizam as plantas medicinais neste modelo de horto. Inclusive, há um fator inovador que é o fato de informar os horários de maior atividade de cada órgão humano e quais as plantas recomendadas para tratamento de doenças específicas.

O modelo cósmico resgata o saber popular e o converge para o conhecimento científico. O nosso corpo, segundo a Medicina Tradicional Chinesa, é um microcosmo que reproduz as leis da natureza, quando se observa a circulação de energia pelos meridianos principais. A energia vital percorre todo o sistema orgânico dentro de um ritmo cósmico que obedece ao seguinte percurso: da 1h às 3h – fígado; das 3h às 5h – pulmão; das 5h às 7h – intestino grosso; das 7h às 9h – estômago; das 9h às 11h – baço-pâncreas; das 11h às 13h – coração; das 13h às 15h – intestino delgado; das 15h às 17h – bexiga; das 17h às 19h – rins; das 19h às 21h – circulação; das 21h às 23h – sistema respiratório, digestivo e excretor; das 23h à 1h – vesícula biliar. O espaço do horto identifica fisiologicamente a posição destes órgãos de forma educativa, pedagógica e didática. Cada fatia corresponde aos órgãos identificados por uma placa, que sinaliza o horário de maior atividade desse órgão.

Esta metodologia relaciona conhecimentos sobre a função dos principais órgãos do corpo humano e onde eles se localizam no organismo, promovendo o aprendizado e a reflexão, tornando os indivíduos sujeitos da sua própria saúde, responsáveis pelas suas escolhas e hábitos de vida. Propõe uma forma de tratamento baseada na observação de cada indivíduo e nos primeiros cuidados que podem ser tomados para evitar transtornos de saúde, ou seja, a prevenção de doenças (Fotos 1 e 2).

Foto 1 – Espaço central do Horto Medicinal no modelo do Relógio Biológico da Medicina Tradicional Chinesa, em Seara (SC)

Fonte: Acervo dos autores (2019).

Foto 2 – Visita dos acadêmicos ao Horto Medicinal em Seara (SC)

Fonte: Acervo dos autores (2019).

Os parceiros para desenvolvimento das atividades de extensão foram o Programa de Extensão Agroecologia e Economia Solidária da UFFS e algumas e Entidades da Agricultura Familiar do município. A visita técnica foi o incentivo para todos, pois ela corresponde ao momento em que os acadêmicos vivenciam aspectos naturais de uma comunidade, em que adquirirem conhecimentos ancestrais e, assim, cresce o interesse pessoal para uma mudança de vida e de hábitos no cuidado de si, da família e da sociedade. A docente vislumbra as possibilidades promissoras com vistas a integrar e complementar a formação convencional, com margem na transformação profissional (Foto 3).

Foto 3 – Acadêmicos do CCR Saúde Coletiva III e os idealizadores do Horto Medicinal no modelo Relógio Biológico, em Seara (SC)

Fonte: Acervo dos Autores (2019).

O estudo específico e a compreensão deste modelo de horto foram estruturais para a atividade dos acadêmicos e forneceram bases conceituais para reconhecimento e valorização de conhecimentos ancestrais. A visita técnica gerou três produtos que contribuem para a divulgação e a continuidade deste trabalho: i) a elaboração de um catálogo de plantas;

ii) a elaboração de placas de identificação das plantas; iii) um vídeo veiculado na internet e disponibilizado com acesso livre[1].

O catálogo produzido pelos acadêmicos com pesquisa orientada contém a descrição de 27 plantas medicinais identificadas para tratar enfermidades relacionadas a 13 sistemas orgânicos do corpo humano. A seguir, citamos exemplos relacionados ao tratamento do **fígado** com as plantas Alcachofra e Cardo Mariano.

Alcachofra – Cinara

Cynara scolymus, L
Rica em Vitamina A, Cálcio, Ferro e Fósforo
Modo de uso: Parte utilizada – folhas secas. Tomar 150 ml do chá antes das refeições.

O CHÁ

Indicação: Reduz o colesterol, atua no combate da diabetes, elimina o ácido úrico, faz hepatoproteção e é diurética e digestiva. Atua na inflamação do nervo ciático, cura a hepatite, controla a debilidade cardíaca, a anemia e a icterícia.

Contraindicação: O uso em demasia enfraquece a visão e é abortivo.

Em tintura: combate dores ligadas ao fígado e ao aparelho digestivo. Diluída no banho é cicatrizante de feridas.

1 Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=HpKOG0ArLKg&feature=youtu.be

CARDO MARIANO – CARDO VERMELHO – CARDO SANTO

Silybum marianum, Gaerth

Rica em Vitaminas C, D, E, ácido orgânico, açúcares, alcaloides, mucilagens e saponinas

Modo de uso: folhas e raiz retirados os espinhos, é uma ótima salada; a raiz tenra também serve como alimento, fortalecendo e revigorando o organismo.

O CHÁ

Indicação: Atua contra a cirrose hepática, alcoolismo, diurética, digestiva, depurativa e hepatoprotetora.

Contraindicação: Em demasia, pode causar queimadura das vias digestivas, vômitos e diarreias. Não é recomendado quando houver problemas renais, úlceras, gastrites e pessoas hipertensas.

Em tintura: Protege as células do fígado e é antioxidante.

As plaquinhas (Figura 3), para serem dispostas no horto, foram elaboradas com informações mais resumidas.

Figura 2 – Plaquinhas elaboradas para identificação das variedades de plantas

Fonte: Os autores (2019).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aproximação de estudantes de Medicina com a terra, com o cultivo das plantas e com a preparação de um horto medicinal cósmico e ancestral, produziu vivências pautadas no desenvolvimento de um profundo trabalho teórico. Os alunos reconheceram o valor do trabalho de agricultores familiares. Vivenciar a realidade de uma comunidade que se interessa e difunde saberes e práticas relativos à preservação da natureza e à melhoria da qualidade de vida é um aprendizado para toda a vida.

A compreensão da questão social na área da saúde, essência da Saúde Coletiva, é fundamental para a formação de futuros médicos, os quais terão condições de integrar e complementar a atividade profissional com ênfase no princípio da integralidade, na natureza e seus recursos tera-

pêuticos. E, com isso, levar para seus cotidianos de prática a questão da promoção da saúde como a grande meta a seguir na Atenção Primária à Saúde/SUS. A importância do registro desta experiência é manter o estímulo dos estudantes em Plantas Medicinais para abrir o leque de possibilidades no futuro profissional.

REFERÊNCIAS

BETTO, J. **Agricultura, Plantas Medicinais e a Saúde Humana**. Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Centro de Tecnologias Alternativas Populares – CETAP. BRASIL. 2014. Disponível em: http://extension.unicen.edu.ar/jem/completas/157.pdf. Acesso em: 28 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)**: atitude de ampliação de acesso, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares:** plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Resolução RDC nº 18, de 3 de abril de 2013.**. Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0018_03_04_2013.html. Acesso em: 28 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 31**. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_31.pdf. Acesso em: 23 jun. 2018.

FRANCO, I. J. Pe. **1000 Plantas e Ervas Medicinais**: a medicina do futuro. Erval Grande (RS): Edelbra Gráfica, 2016.

MINHA ESCOLA. **Projeto Mandala dos Chás.** Disponível em: https://mariaineslobe.blogspot.com/2014/09/projeto-mandala-dos-chas.html. Acesso em: 20 mar. 2020.

OLIVEIRA, R. M. S. C. **Farmácia viva comunitária**: plantas medicinais. Campos dos Goytacazes (RJ): Essentia Editora, 2006.

VELLOSO, C. C. ; WERMANN, A. M.; FUSIGER, T. B. **Horto Medicinal Relógio do Corpo Humano.** Putinga/RS: EMATER/RS, 2005. Disponível em: http://www.biodiversidade.rs.gov.br/arquivos/1159290630estudo_caso_HORTO_MEDICINAL_RELOGIO_DO_CORPO_HUMANO.pdf. Acesso em: 28 ago. 2018.

11 ITINERÁRIO FORMATIVO EM PESQUISA NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA: POTENCIALIDADES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Graciela Fonsêca
Lara Ribeiro Cruz
Jane Kelly Friestino
Laura Lange Biesek

1 INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Graduação em Medicina preconizam a articulação entre ensino, pesquisa e extensão, com vistas à formação integral e adequada do estudante. Assim, as escolas médicas devem promover oportunidades de vivência em atividades de pesquisa e extensão aos alunos, no sentido de ampliar as oportunidades de aprendizado e auxiliar no desenvolvimento de autonomia e responsabilização no processo de construção de conhecimentos e competências.

Além disso, as DCN enfatizam alguns aspectos referentes aos graduandos, como necessidade de aprenderem a aprender, com autonomia e com simulações da realidade, comprometimento com o seu processo de formação e atividades que os envolvam em uma educação continuada e interprofissional (BRASIL, 2014). Assim, as atividades formativas precisam ser pensadas de modo a incorporar uma intencionalidade qual seja uma finalidade elaborada anteriormente para que a ação seja consciente, capaz de relacionar a teoria e a prática e permitindo a interferência dos

estudantes na transformação da realidade a partir de uma leitura crítico-reflexiva. Isso também transforma o estudante em sujeito, "determinando seu processo de formação e ao mesmo tempo sendo determinado pelo mesmo" (SILVA, 2011, p. 162). A construção e desenvolvimento de projetos de intervenção na realidade são competências desejadas para o futuro médico (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, a aprendizagem baseada em projetos representa uma potente alternativa de metodologia de aprendizagem ativa que coloca o estudante como centro do processo de construção de conhecimento e valoriza saberes e vivências anteriores, contribuindo para a aprendizagem significativa (BENDER, 2015). No Curso de Medicina da UFFS – *Campus* Chapecó, os Componentes Curriculares Regulares (CCR) de Saúde Coletiva II, III, IV, V e VI, dispostos na matriz curricular, utilizam o ensino com projetos de pesquisa ou extensão como estratégia metodológica, oportunizando análise, problematização, construção de hipóteses, busca de respostas, sínteses e/ou intervenções em situações consideradas complexas no âmbito do trabalho em saúde (UFFS, 2018).

Este capítulo visa relatar a experiência de desenvolvimento de um projeto de pesquisa, no âmbito do ensino com pesquisa/extensão nos CCR de Saúde Coletiva do Curso de Medicina da UFFS – *Campus* Chapecó, trazendo as reflexões de uma estudante que integrou a proposta.

2 A PESQUISA COMO OPORTUNIDADE FORMATIVA SOBRE O SOFRIMENTO MENTAL

As demandas de saúde mental estão presentes em inúmeras queixas apresentadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde, particularmente na Atenção Básica, não exigindo um trabalho além do que já é demandado do profissional de saúde; fora disso, é necessário que os

profissionais incorporem e aprimorem competências desse cuidado no dia a dia da profissão (BRASIL, 2013).

A Política de Saúde Mental atual, no Brasil, é resultado de mobilizações ocorridas nos anos 80, oriundas não apenas de profissionais de saúde, mas também de usuários e familiares, que focaram em modificar a utilização de manicômios, onde viviam inúmeras pessoas com transtornos mentais. As alterações foram baseadas em experiências bem-sucedidas em países da Europa, as quais substituíram modelos de saúde mental baseados em hospitais psiquiátricos por um modelo com serviços comunitários e forte inserção territorial. E constituíram a Reforma Psiquiátrica, a partir da qual a atenção a pessoas com transtornos mentais foca no exercício pleno da cidadania delas, em oposição ao mero controle de sua sintomatologia. A partir disso, o modelo implica a organização de serviços abertos, participação ativa dos usuários e formação de redes com diversas políticas públicas, focando em habitar circuitos de trocas nos territórios da sociedade, em oposição a criar circuitos paralelos e protegidos para os portadores desses transtornos (BRASIL, 2013).

Como formas de abordar o sofrimento mental dentro da Atenção Básica, propõem-se estratégias, por exemplo: proporcionar ao usuário momentos de reflexão; exercer uma boa comunicação; exercitar a empatia; ouvir o que o usuário precisa dizer; acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas; oferecer suporte e reconhecer os modelos de entendimento do usuário. Sendo assim, dentro desse nível de atenção, procura-se atender a pessoa que sofre, e não um portador de transtornos. Considerando isso, os sintomas mais apresentados pelos usuários integram as síndromes depressiva, ansiosa e de somatização, podendo apresentar sintomas de mais de uma delas, observando-se mais casos mistos do que puros. Além disso, a apresentação dos sintomas pode ser intermitente. Considerando o amplo espectro dessa apresentação, pode-

-se pensar nessas síndromes como dimensões diferentes do sofrimento mental comum, ao invés de categorizá-las e considerar cada uma como um diagnóstico separado. Ademais, abordar a pessoa que sofre considerando sua inserção dentro do contexto de vida ao qual pertence, considerando aspectos de vulnerabilidade, eventos ocorridos na vida e o próprio apoio social encontrado (BRASIL, 2013).

A experiência desenvolvida visava compreender a abordagem do sofrimento mental pelos profissionais da Atenção Básica do município de Chapecó, especificamente, em um recorte qualitativo focado na produção do cuidado. No início do projeto (2016), foi feito um levantamento na Secretaria de Saúde de Chapecó relacionado às prescrições de medicamentos psicotrópicos realizadas por médicos atuantes na Atenção Básica. A partir disso, foram identificados quatro Centros de Saúde da Família (CSF), dois com maior e dois com menor proporção da prescrição de psicotrópicos por habitantes, definidos como cenários de estudo.

Na sequência, iniciou-se a coleta de dados por meio de entrevistas com os médicos e grupos focais com as equipes dos CSF selecionados, com a participação de aproximadamente 70 sujeitos, e posterior análise dos dados pelo método de análise de conteúdo de Bardin (2011). Todo o processo durou quatro anos e 18 estudantes de diferentes turmas dos CCR de Saúde Coletiva foram inseridos nas atividades vinculadas a ele. Além disso, alguns estudantes, motivados pelo envolvimento com a temática, desenvolveram projetos de Iniciação Científica.

A partir da análise dos grupos focais realizados com os profissionais da Atenção Básica, foram identificadas as seguintes categorias temáticas: percepção sobre o sofrimento mental; aspectos avaliados para identificar o sofrimento mental; concepção sobre o tratamento ideal; condução e duração das consultas; formação dos profissionais (LUCHINI JUNIOR *et al.*, 2017).

A pesquisa identificou divergências na percepção do sofrimento mental entre os profissionais, seja nas causas do sofrimento, no modo como a pessoa manifesta ou na maneira com que se define, não havendo, assim, um consenso em relação às necessidades associadas ao sofrimento mental. Além disso, a partir das entrevistas realizadas com os médicos atuantes na Atenção Básica, notou-se que os aspectos avaliados para a identificação do sofrimento mental foram relatados como um "silêncio", a percepção de angústia, ou seja, uma alteração no humor do usuário.

No que tange ao tratamento ideal, surgiu um anseio por mais apoio de psicólogos ou outros tipos de terapias não medicamentosas, visto que o tratamento conduzido nas unidades é predominantemente medicamentoso. Em síntese, os profissionais da equipe acreditavam ser pouco preparados para lidarem com o sofrimento mental, alguns por medo de mimetizarem o mal, outros por pouco conhecimento na área. Quanto aos médicos, como generalistas, nem todos se sentiam despreparados com o conteúdo de saúde mental da sua formação (LUCHINI JUNIOR *et al.*, 2017).

Após a finalização da análise e escrita dos achados, foi elaborada uma estratégia de extensão para viabilizar a devolutiva para os participantes do estudo, promovendo o retorno de parte dos estudantes aos cenários de coleta de dados e discussão com a equipe sobre os dados levantados. Realizaram-se, portanto, momentos de devolutiva da pesquisa em todos os CSF participantes do estudo, como também houve, no dia 17 de maio de 2018, um momento de socialização (Foto 1) com a Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó.

Foto 1 – Primeira devolutiva dos resultados do projeto de pesquisa

Fonte: Arquivo pessoal da autora Jane Kelly Oliveira Friestino (2017).

Como produtos, foram elaborados artigos científicos e resumos para apresentação de recortes do projeto em eventos científicos. Um desses recortes, apresentado no Congresso Gaúcho de Educação Médica, realizado em 2019, foi premiado como o melhor trabalho na categoria trabalho científico.

3 O ENSINO COM PROJETOS DE PESQUISA/EXTENSÃO TRANSFORMANDO A EDUCAÇÃO MÉDICA: A EXPERIÊNCIA DA ESTUDANTE CATARINA

A estudante Catarina, matriculada na terceira fase do Curso de Medicina e envolvida com o projeto de pesquisa "Sofrimento Mental na Atenção Básica", foi estimulada a redigir uma narrativa relatando sua experiência e as reflexões sobre o vivido no âmbito do ensino com pes-

quisa do CCR de Saúde Coletiva. Na época, Catarina já havia passado por um CCR (Saúde Coletiva II) e estava finalizando a Saúde Coletiva III. Além disso, ela desenvolveu um Projeto de Pesquisa, de Iniciação Científica, com a mesma temática, em paralelo ao CCR. Apesar de outros estudantes estarem inseridos na equipe de pesquisa, Catarina foi a única que aceitou redigir a narrativa.

O ato de narrar é compreendido como método de reviver e registrar o vivido, sendo um elemento mediador da experiência, permitindo a reconstrução e ressignificação delas (OLIVEIRA, 2012). A experiência é entendida como os acontecimentos que "tocam" as pessoas e geram conhecimentos significativos que constituem o saber da experiência (BONDÍA, 2002).

A experiência vivenciada com a estratégia de ensino com projetos de pesquisa/extensão na Graduação em Medicina, sob o olhar de uma acadêmica da terceira fase, revela os desafios e as potencialidades da inclusão de estratégias como essa durante a graduação. Como potencialidades da prática da pesquisa na graduação, aparecem em destaque, na narrativa da estudante, seu protagonismo e sua autonomia no processo de ensino-aprendizagem. A autonomia constitui uma característica essencial para o sucesso acadêmico do futuro médico (BRASIL, 2014; COSTA *et al.*, 2004; MITRE *et al.*, 2008).

Para Freire (2006), os graduandos precisam se tornar sujeitos autônomos do seu pensamento e do seu processo de aprendizagem, o que permite abandonar o modelo de educação bancária – aquele em que predomina o "depósito" de conteúdo. Nessa linha, deve-se criar oportunidades para a produção e construção de conhecimentos e o professor ocupa o papel de mediador que auxilia o aprendiz no desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo e na adoção de uma postura ética e cidadã. Nessa relação dialética entre docente e discente é que se desenvolve a

autonomia. Para a estudante, o ensino com projetos de pesquisa/extensão proporciona o estreitamento do vínculo com o professor, o que ela considera benéfico no processo de ensino-aprendizagem.

Catarina também citou a ampliação das fontes de conhecimento em função da aproximação com a realidade e o incentivo à interação com os colegas de seu curso e de outros cursos de graduação, além de viabilizar um contato com profissionais dos serviços de saúde e da gestão do município como outras potencialidades do ensino com projetos de pesquisa. Evidencia-se que essa estratégia contribui para desenvolver competências e habilidades colaborativas, fundamentais para romper com a fragmentação das práticas em saúde e formar um médico com olhar integral e ampliado (SILVA, 2011; COSTA, 2019).

Por fim, apareceram, na narrativa da estudante, como consequências positivas dessa estratégia pedagógica, a aproximação entre o academicismo e a realidade populacional; a descoberta de áreas de interesse; a participação em congressos e eventos diversos; o aperfeiçoamento da oralidade e da escrita e melhora da capacidade investigativa e crítica. Todas as competências advindas desse processo contribuem para alcançar o perfil generalista, crítico, reflexivo, ético e socialmente comprometido, do médico almejado pelas DCN (BRASIL, 2014).

As dificuldades apontadas por Catarina encontram-se no tempo escasso para se dedicar às atividades propostas para além do horário do CCR, em função da carga-horária extensa do Curso de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó, problemática já apontada em outros trabalhos (FONSECA; SOUZA, 2019). Catarina aponta também a pouca maturidade para compreender a organização, os objetivos e metodologia dessa estratégia de ensino e, em consequência, o risco de focar e aprofundar aspectos mais ligados às especialidades na graduação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino com projetos de pesquisa/extensão desde o início do curso traz uma série de questões, positivas e negativas, que precisam ser acompanhadas de perto pelo orientador do aluno. Desse modo, as dificuldades podem ser administradas e superadas, bem como as potencialidades otimizadas. O estudante, conforme decorre o tempo, torna-se cada vez mais protagonista em seu processo formativo, o que contribuirá para que ele se torne, no futuro, um profissional mais seguro e completo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo temática**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENDER, W. N. **Aprendizagem baseada em projetos**: educação diferenciada para o século XXI. Porto Alegre: Penso Editora, 2015.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Rev. Bras. Educ**., v. 19, n. 20, p. 20-28, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3/2014, de 23 de JUNHO de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. **Diário Oficial da União,** 23 de junho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**: saúde mental, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

COSTA, C. R. B. S. F., SIQUEIRA-BATISTA R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. **Rev. Bras. Ed. Med**., v. 28, n. 3, p. 242-250, 2004.

FONSECA, G. S.; SOUZA, J. V. G. A narrativa de um percurso formativo: (re) significando a formação médica. Interface (Botucatu), v. 23, supl. 1, 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

LUCHINI JUNIOR *et al.* Abordagem do Sofrimento Mental por Profissionais de Saúde da Atenção Básica: Estudo Qualitativo em um Município. **Anais da VII Jornada de Iniciação Científica e Tecnológica – VII**. 2017. Disponível em: https://portaleventos.uffs.edu.br/index.php/JORNADA/issue/view/26. Acesso em: 28 abr. 2022.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008.

OLIVEIRA, M. C. S. L. Narrativas e desenvolvimento da identidade profissional de professores. **Cadernos CEDES**, v. 32, n. 88, p. 369-378, 2012.

SILVA, R. H. A. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Educ. rev.**, Curitiba, n. 39, p. 159-175, abr. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Projeto Político Curricular do curso de medicina**, *Campus* Chapecó, 2018.

12 MORBIDADE HOSPITALAR DE CÂNCER INFANTOJUVENIL NO ESTADO DE SANTA CATARINA, NO PERÍODO DE 2008 A 2018

Betânia Francisca dos Santos
Gilnei Fitler Soares
Karlla Rackell Fialho Cunha
Nágilla Moreira Cordeiro
Rafaela Reis Ribeiro
Thiago Inácio Teixeira do Carmo
Jane Kelly Oliveira Friestino

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de morte no mundo, sendo o câncer infantojuvenil (0 a 19 anos de idade) a primeira causa de mortalidade por doença nessa faixa etária, correspondendo a 8% do total (INCA, 2019). A classificação do câncer infantojuvenil assume dimensões diferentes se comparado aos adultos, uma vez que a evolução, a morfologia e a clínica possuem características próprias com tendência a menores períodos de latência, alto grau de invasividade e boa resposta quimioterápica. Por essa razão, o câncer infantojuvenil é categorizado de acordo com a Classificação Internacional do Câncer na Infância (CICI), a qual se organiza, de acordo com Silva (2012), em 12 grupos e seus subgrupos, dentre eles: leucemias, linfoma não-Hodgkin (LNH) e tumores do Sistema Nervoso Central (SNC).

O câncer infantojuvenil é caracterizado por um conjunto de doenças que acomete crianças e adolescentes até 19 anos, tendo em comum

a proliferação desordenadas de células anormais. Predominantemente, apresenta-se com origem embrionária e atinge, principalmente, as células do tecido sanguíneo e os tecidos de sustentação (CURVO, 2013). Dentre os cânceres infantojuvenis, a leucemia é a mais comum, variando de 25 a 35% dos casos. É caracterizada pela produção excessiva de células brancas anormais. O segundo mais comum nessa população são os tumores do SNC, cérebro e cerebelo, os quais representam próximo de 20%. A terceira posição na linha de ocorrências é o LNH, o qual corresponde a 3% de todas as neoplasias, sendo um tipo de câncer relacionado ao sistema linfático (INCA, 2016).

A leucemia é caracterizada pela interrupção do funcionamento da medula óssea, decorrente da proliferação de células hematopoiéticas, sendo o subtipo mais comum em crianças a leucemia linfoblástica aguda, correspondendo a 80% dos casos (SETH; SINGH, 2015). No Brasil, para indivíduos menores do que 20 anos, a doença apresenta-se com redução nas taxas de mortalidade na maioria das regiões do país, sendo esse fato decorrente dos avanços no acesso ao diagnóstico e tratamento da neoplasia (SARAIVA; SANTOS; MONTEIRO, 2018).

Diversos estudos elencam que o diagnóstico precoce do câncer e o acesso imediato a centros especializados possibilitam tratamento no momento oportuno com consequentes maiores taxas de sobrevivência (CHANTADA *et al.*, 2011; DANG-TAN; FRANCO, 2007; HOWARD *et al.*, 2008). Entretanto, nos países subdesenvolvidos, apesar dos avanços nas últimas décadas, o percentual de cura dos tumores infantis ainda é reduzido. Ao analisar tal fato acredita-se que ele esteja relacionado à detecção do câncer já em fase avançada devido a dificuldades de acesso à assistência médica, a sobreposição dos sintomas, ao abandono do tratamento e a falta de suporte adequado (KELLIE; HOWARD, 2008).

Nessa conjuntura, o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer no Brasil encontra-se concentrado nas capitais e nos Estados economicamente mais desenvolvidos. Em consequência disso, nota-se que a distância, o tempo e o custo do transporte apresentam um impacto profundo na qualidade de vida das crianças e de suas famílias, além de ocasionar o retardamento do diagnóstico e interferir negativamente sobre o prognóstico. À vista disso, a acessibilidade geográfica, influenciada pela distribuição de bens e serviços de saúde, ainda consiste em um objetivo a ser alcançado no que se refere à assistência ao câncer infantil ou mesmo a outros tipos de cânceres (GRABOIS; OLIVEIRA; CARVALHO, 2013).

Levando-se em consideração esses aspectos, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, instituída pela Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, elenca, dentre outros fatores, que o cuidado integral ao usuário com câncer deve ser conduzido de maneira regionalizada e descentralizada (BRASIL, 2013). Dessa maneira, estudos referentes à morbidade hospitalar no câncer infantojuvenil dentro de um estado e/ou região de saúde são relevantes para o conhecimento do perfil de câncer e efetiva vigilância, bem como para que tais informações sirvam de subsídios em políticas voltadas para o controle e assistência do câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens (INCA, 2019).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve ser porta de entrada no atendimento das crianças e dos adolescentes com câncer, sendo fundamental para a garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento adequados no que se refere ao câncer infantojuvenil. A qualidade no atendimento às crianças e aos adolescentes com câncer conta com o compartilhamento de responsabilidades, em que cada nível de atenção tem sua especificidade e importância, a fim de garantir atendimentos ágeis e resolutivos. Significa dizer que, mesmo que o paciente esteja em tratamento oncológico em uma Unidade de Atendimento de Alta Complexidade em Oncologia

(UNACON) ou em um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), esses usuários continuam sob responsabilidade da ESF à qual ela pertence (BRASIL, 2017).

Relacionado a isso, a morbidade hospitalar é um importante indicador de saúde e representa o número de internações que ocorreram por determinada causa em um determinado período de tempo em hospitais públicos ou conveniados ao SUS. Esses dados estão reunidos por meio do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e são indispensáveis para orientar políticas públicas de saúde, além de propiciar a percepção da relevância das doenças em uma determinada população (RIPSA, 2008).

Com relação às políticas públicas, os dados da morbidade hospitalar são fundamentais para estruturação das redes de atendimentos ao câncer infantojuvenil, visto que orientam o direcionamento de recursos e organização dos centros de atendimentos, baseados nas pactuações de saúde entre os municípios (RIPSA, 2008). Nesse sentido, objetivou-se, ao longo dos componentes de Saúde Coletiva II e Saúde Coletiva III, mapear a morbidade hospitalar por câncer infantojuvenil no Estado Santa Catarina no período de 2008 a 2018.

2 CÂNCER INFANTOJUVENIL EM SANTA CATARINA

De acordo com o Censo Populacional de 2010, o estado de Santa Catarina possuía uma população estimada de 7.075.494 pessoas em 2018, distribuída em 295 municípios e 09 Macrorregiões de Saúde, as quais, segundo o Plano Diretor de Regionalização (SANTA CATARINA, 2018), se subdividiam nas seguintes Regiões de Saúde: Grande Florianópolis; Extremo Oeste; Oeste; Xanxerê; Meio Oeste; Alto Uruguai Catarinense; Alto Vale do Rio do Peixe; Nordeste; Planalto Norte; Serra Catarinense; Região

Carbonífera; Extremo Sul Catarinense; Laguna; Alto Vale Itajaí; Meio Vale Itajaí; Foz do Rio Itajaí.

A pesquisa que deu origem a este capítulo, a qual compreendeu um estudo epidemiológico, descritivo, relacionado ao câncer infantojuvenil em Santa Catarina, abrangeu as internações em menores de 19 anos de idade, utilizando-se para isso a lista de morbidade CID-10 do DATASUS e a Classificação Internacional de Câncer Infantil (CICI). Na lista de morbidade CID-10, os códigos da CID-10 referentes às neoplasias malignas do SNC foram C70, C71 e C72, as leucemias correspondem a C82-C85 e o LNH a C81. Os dados foram obtidos via Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), de livre acesso por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Para análise, consideraram-se as Autorizações de Internações Hospitalares computadas (AIH) e registradas no SIH no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018. As AIH apresentam-se como um notório instrumento epidemiológico que registra as internações hospitalares financiadas pelo SUS, apresentando abrangência nacional. Dessa forma, contribui para a produção de conhecimentos no campo da Saúde Coletiva (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006). Ressalta-se que o valor total se refere ao número de internações e não ao número de pacientes, uma vez que um mesmo paciente pode ser admitido várias vezes.

Primeiramente, foram analisadas as internações por local de ocorrência dos três cânceres mais frequentes no estado em menores de 19 anos, considerando o período de 2008 a 2018 e as regiões de saúde. A *posteriori,* foram descritas as internações por local de residência, considerando as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, internações por local de ocorrência, dias de permanência, cor e raça e ano de atendimento. Todos os dados obtidos foram organizados em planilhas *online* do google drive, com posterior tabulação e análises descritivas e exploratórias.

Cabe ressaltar que, considerando a CID-10, as neoplasias malignas do SNC são divididas em neoplasias malignas do encéfalo e neoplasias malignas, outras partes do SNC. Dessa forma, para viabilizar o estudo de morbidade de todo o SNC, foi necessário recorrer ao somatório dos valores obtidos nas duas categorias de internações hospitalares, criando, assim, apenas uma variável. Além disso, foram citadas algumas cidades para complementar os dados existentes.

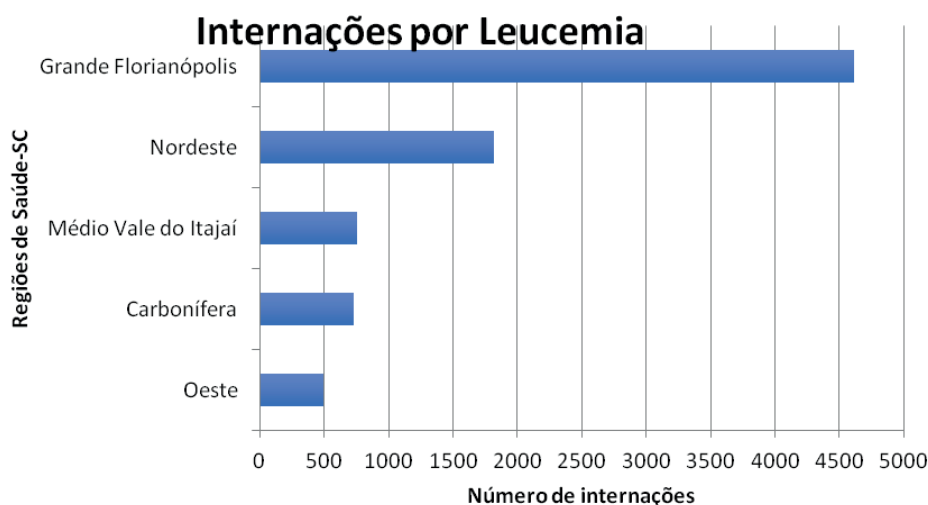
Ademais, foram utilizados dados secundários de domínio público, sendo a coleta de dados realizada por meio do portal do DATASUS, que apresenta dados agregados sem identificação dos sujeitos. Com isso, não houve contato direto com seres humanos e animais, não se enquadrando na Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

2.1 Internações por local de ocorrência

Considerando-se as internações por local de ocorrência, os três tumores mais frequentes na infância e na adolescência foram leucemia, tumores do SNC e LNH, em todas as Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina. A Região de Saúde catarinense com maior número de internações registradas foi a da Grande Florianópolis com 5.998 (55,29%) hospitalizações, seguida das seguintes regiões: Nordeste, que abrangeu 1.815 (16,73%); Médio Vale do Itajaí, com 985 (9,09%); Carbonífera, com 955 (8,80%); Oeste, com 847 (7,81%). Outras 248 (2,29%) internações foram registradas nas demais 11 regiões; destas, a região do Extremo Sul Catarinense foi a que deteve menor número registrado, com apenas quatro hospitalizações por câncer infantojuvenil no período considerado.

Em relação aos três tumores analisados, 8.012 (73,85%) internações por município de ocorrência foram de pacientes com diagnóstico de leucemia, 1.705 (15,71%) de crianças e adolescentes com tumores

do SNC e 1.132 (10,43%) devido à LNH, totalizando 10.849 internações. No que tange às internações de pacientes com diagnóstico de leucemia, observou-se que as Regiões de Saúde que detiveram maior número de hospitalizações, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018, conforme mostra a Figura 1, foram, respectivamente, Grande Florianópolis, Médio Vale do Itajaí, Carbonífera e a Oeste.

Figura 1 – Número de internações por leucemias em menores de 19 anos nas Regiões de Saúde do estado de Santa Catarina

Fonte: SIH/SUS (2019).

No que se refere às hospitalizações por tumores do SNC, a região da Grande Florianópolis apresentou, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018, maior número de internações, seguida pela região Nordeste, Oeste, Carbonífera e Médio Vale do Itajaí, respectivamente (Figura 2). Outrossim, no que concerne às internações por LNH, analisou-se que o maior número, em similaridades aos outros dois tipos de tumores infantojuvenis (leucemia e tumores do SNC), se deu na região de saúde da Grande Florianópolis, com 561 hospitalizações registradas. A segun-

da região que deteve o número mais expressivo de internações, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018, foi a Nordeste, seguida pela região Oeste, Médio vale do Itajaí e Carbonífera, conforme mostra a Figura 3. Por outro lado, duas regiões, a do Alto Vale do Rio do Peixe e de Xanxerê, não apresentaram nenhuma internação por LNH no período em questão.

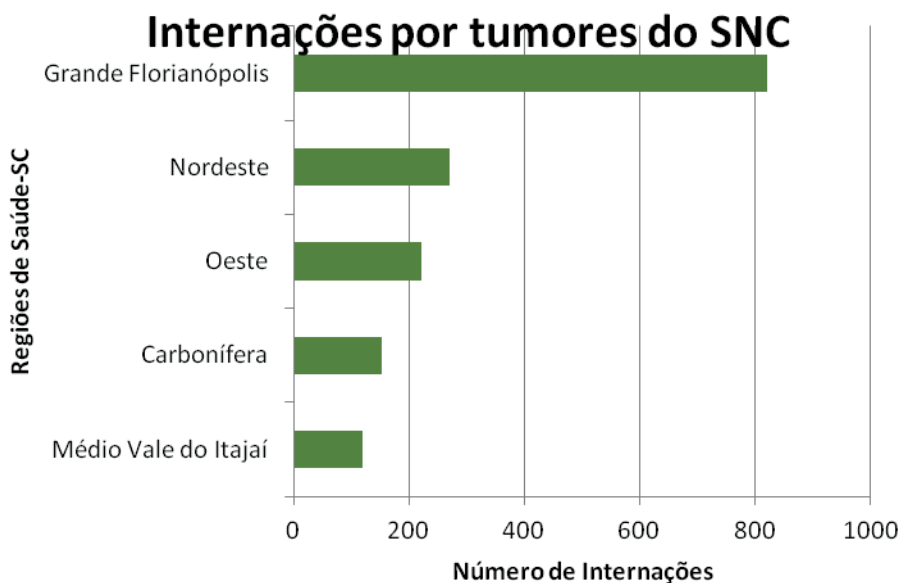
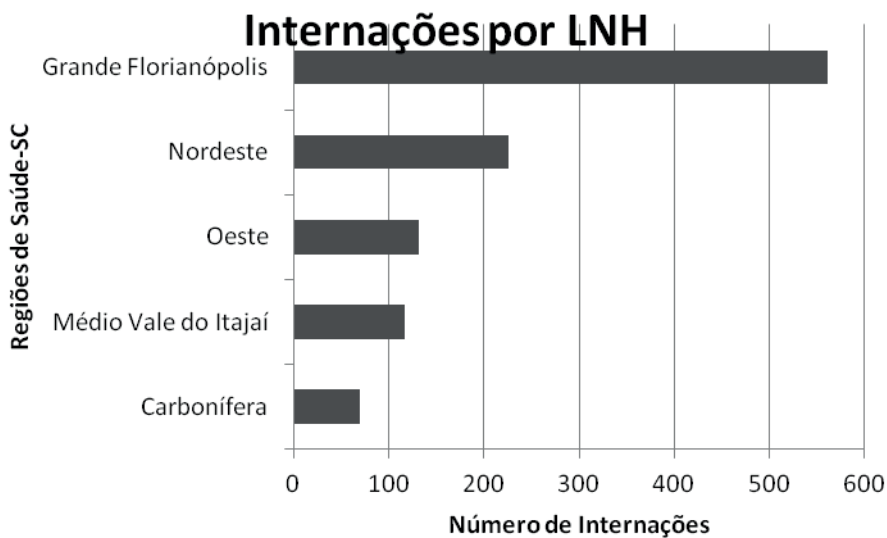
Figura 2 – Número de internações por tumores do SNC em menores de 19 anos nas Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina

Fonte: SIH/SUS (2019).

Figura 3 – Número de internações por LNH em menores de 19 anos nas Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina

Fonte: SIH/SUS (2019).

Na Tabela 1, visualiza-se a totalidade das internações e em todas as regiões de saúde no período estudado (janeiro de 2008 a dezembro de 2018).

Tabela 1 – Número de internações por leucemias, tumores do SNC e LNH em menores de 19 anos segundo as Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina

Regiões de Saúde	Tipos de Câncer		
	LEUCEMIAS	SNC	LINFOMA NÃO-HODGKIN
Alto Uruguai Catarinense	13	2	2
Alto Vale do Itajaí	8	17	3
Alto Vale do Rio do Peixe	8	11	-
Carbonífera	732	153	70
Extremo Oeste	6	4	1
Extremo Sul Catarinense	1	1	2
Foz do Rio Itajaí	9	12	3
Grande Florianópolis	4616	821	561
Laguna	12	48	4
Médio Vale Itajaí	751	118	117
Meio Oeste	24	11	8
Nordeste	1319	270	226
Oeste	495	221	131
Planalto Norte	11	8	3
Serra Catarinense	3	6	1
Xanxerê	4	2	-

Fonte: SIH/SUS (2019).

2.2 Internações por local de residência

Levando em conta as internações infantojuvenis por local de residência, durante o período de 2008-2018, considerando a cor/raça (Tabela 2), verificou-se maior número de internações de crianças e adolescentes brancos em relação às demais cores/raças em Santa Catarina. Nesse contexto, das 11.054 internações registradas, 10.396 (94%) corresponderam a indivíduos declarados brancos. Já as hospitalizações de pacientes de cor parda equivaleram a 238 (2,15%), ocupando a segunda posição, seguidas pelas internações de indivíduos de raça preta com 193 (1,74%) registros, amarela com 8 (0,07%) e indígena com 4 (0,03%). A ausência de informações referentes à cor/raça foi descrita em 213 (1,93%) internações assinaladas no SIH/SUS.

Em relação especificamente aos registros de internações por tumores do SNC, durante o período considerado (2008-2018), foram reportados 1.613 (93,56%) internações de brancos, 18 (1,04%) de indivíduos declarados pretos e 57 (3,31%) hospitalizações de crianças e adolescentes registrados como de raça parda. Outras 36 (2,09%) internações não tiveram informações quanto à cor/raça. A partir de tais achados, pode-se inferir que, nas internações por tumores do SNC no estado, o maior número se deu entre indivíduos da raça branca, seguidos daqueles de cor parda e preta. Ressalta-se que não foram registrados casos de internações de crianças e adolescentes da raça amarela ou indígena.

Os dados relacionados à leucemia, por sua vez, mostraram que ocorreram, no período analisado, 7.726 (94,35%) internações infantojuvenis de brancos, 156 (1,90%) de crianças e adolescentes da raça preta e 148 (1,80%) hospitalizações de indivíduos declarados pardos. Além dessas, no estado ocorreram ainda 8 (0,09%) internações infanto-juvenis de usuários considerados amarelos e 4 (0,04%) de indígenas. No entanto, 146 (1,78%) internações foram computadas sem informação de cor/raça. Com isso, constata-se que o número de internações por leucemia de indivíduos declarados de cor branca foi a que deteve o valor mais expressivo, seguida da hospitalização de pacientes da raça preta e parda pela mesma comorbidade. Já os registros de internações de indígenas foram os que detiveram a menor contagem.

No que tange à ocorrência de LNH em pacientes de 0 a 19 anos, no período de 2008 a 2018, como se apresenta na Tabela 2, pode-se destacar uma predominância em indivíduos caucasianos, seguido por aqueles de cores parda e preta, respectivamente. Do total de 1.142 internações, 1.057 (92.5%) eram brancos, 33 (2,9%) pardos, 19 (1,6%) pretos, 2 (0,17%) indígenas e 31 (27%) internações não possuíam informações quanto à raça.

Tabela 2 – Número de internações por leucemias, tumores do SNC e LNH em menores de 19 anos segundo Cor/Raça

Cor/Raça	Tipos de Câncer		
	LEUCEMIAS	SNC	LINFOMA NÃO-HODGKIN
Branca	7726	1613	1057
Preta	156	18	19
Parda	148	57	33
Amarela	8	-	-
Indígena	4	-	2
Sem informação	146	36	31
Total	8188	1724	1142

Fonte: SIH/SUS (2019).

Considerando a faixa etária e o período de 2008 a 2018, apresentado na Tabela 3, foi possível identificar diferentes predominâncias para cada câncer abordado neste estudo. Nesse contexto, em relação às internações por tumores do SNC, observou-se que ocorreu um total de 87 (5,04%) internações de pacientes menores de um ano, tendo sido esse intervalo de idade o que deteve o menor número de hospitalizações. Por outro lado, entre crianças de 5 a 9 anos, o número foi o mais elevado, com 482 internações (27,95%). Na faixa etária de 1 a 4 anos, foram registradas 436 (25,29%) internações, enquanto entre 10 a 14 anos, foram levantadas 414 (24,01%). Já na faixa etária de 15 a 19 anos, foram reportadas 305 (17,69%) internações.

Tabela 3 – Número de internações por leucemias, tumores do SNC e LNH em menores de 19 anos segundo faixa etária

Faixa Etária	Tipos de Câncer		
	LEUCEMIAS	SNC	LINFOMA NÃO-HODGKIN
Menor 1 ano	110	87	11
1 a 4 anos	2583	436	217
5 a 9 anos	2372	482	262
10 a 14 anos	2045	414	298
15 a 19 anos	1078	305	354
Total	8188	1724	1142

Fonte: SIH/SUS (2019).

Ao avaliar o número de internações por LNH, segundo as faixas etárias, foi possível concluir que, no intervalo de 2008 a 2018, as crianças com até 1 ano representaram a faixa etária com menos internações, com 11 (0,96%), seguidas dos indivíduos de 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, os quais assumiram valores relativamente semelhantes, com 217 (19%), 262 (23%), 298 (26%) e 354 (31%) internações, respectivamente.

Ademais, os dados relacionados ao número de internações por leucemia apontaram para um total de 8.188 registros, detendo a faixa etária de 1 a 4 anos os maiores valores com 2.583 (31,54%) hospitalizações registradas. O segundo maior número de internações se deu entre crianças de 5 a 9 anos, que detiveram 2.372 (28,96%) internações. A faixa etária seguinte correspondente a crianças com idade entre 10 e 14 anos contou com 2.045 (24,98%) registros. Já entre indivíduos de 15 a 19 anos foram reportadas 1.078 (13,17%) internações. Por fim, as internações de pacientes com idade inferior a 1 ano foram as que detiveram o menor número de registros,110 (1,35%).

Considerando os dias de permanência das internações de crianças e adolescentes no estado, apresentados na Tabela 4, observou-se que ocorreram predominâncias distintas nos três cânceres analisados.

Tabela 4 – Dias de permanência em internações por leucemias, tumores do SNC e LNH em menores de 19 anos segundo faixa etária

Faixa Etária	Tipos de Câncer LEUCEMIAS	SNC	LINFOMA NÃO-HODGKIN
Menor 1 ano	798	662	67
1 a 4 anos	16725	2830	1467
5 a 9 anos	14492	2476	1500
10 a 14 anos	12846	2032	1736
15 a 19 anos	9802	2566	2412
Total	54663	10566	7182

Fonte: SIH/SUS (2019).

Nas neoplasias malignas do SNC, houve um destaque para a faixa etária de 1 a 4 anos, que registrou o maior valor absoluto, um total de 2830 (26,79%) dias. Por sua vez, as hospitalizações de crianças menores de 1 ano tiveram o menor valor absoluto, 662 (6,27%) dias registrados. Na faixa etária de 5 a 9 anos, houve notificação de 2.476 (23,44%) e, entre as idades de 10 a 14 anos, o número de dias de permanência correspondeu a 2.032 (19,23%). Considerando a faixa etária de 15 a 19 anos, identificaram-se 566 (24,29%) dias.

Quando se trata de leucemia, a faixa etária de 1 a 4 anos foi a que obteve maior contagem dos dias de permanência, tendo apresentado 16.725 (30,59%) dias, seguido de indivíduos com idades informadas de 5 a 9 anos com 14.492 (26,51%) dias, de 10 a 14 anos com 12.846 (23,5%) dias e de 15 a 19 anos com 9.802 (17,94%) dias. Já as internações de usuários com idade informada inferior a 1 ano foram as que apresentaram menor contagem dos dias de permanência com 798 (1,46%) dias reportados.

No que tange aos dias de permanência nas internações por LNH, foi possível verificar que a faixa etária de 15 a 19 anos apresentou 2.412 (33,6%) dias registrados, tendo sido a que apresentou o maior somatório de dias. Por sua vez, as hospitalizações de indivíduos com idade inferior a 1 ano, seguindo o que foi identificado nos dois outros tipos de câncer citados previamente, foram as que detiveram menor contagem, com 67 (0,9%) dias informados. Já entre as faixas de idade de 1 a 4 anos foram notificadas 1.467 (20,4%) dias, entre 5 e 9 anos de idade, 1.500 (20,8%) dias e nas faixas etárias de 10 a 14 anos, 1.736 (24,2%) dias de permanência.

Por fim, em relação às internações infantojuvenis por local de residência considerando o sexo (Tabela 5), dos três tipos de câncer estudados, observou-se que o maior número de hospitalizações dessas doenças

ocorreu em pacientes do sexo masculino. Dessa maneira, foi registrado, no período considerado, um total de 11.054 internações, das quais 6.777 (61,3%) corresponderam a pacientes do sexo masculino e 4.277 (38,7%) a indivíduos do sexo feminino. Desses, 8188 usuários apresentavam diagnóstico de leucemia, sendo 3.253 (39,73%) deles do sexo feminino e 4.935 (60,27%) do masculino. Já, dentre os 1.724 pacientes com tumores do SNC, 698 (40,48%) pertenciam ao sexo feminino e 1.026 (59,52%) ao masculino. Finalmente, dentre as 1.142 crianças e adolescentes diagnosticados com LNH, 326 (28,55%) foram registrados como sendo do sexo feminino e 816 (17,45%) do masculino, tendo sido esse o câncer que apresentou a maior proporção de internações do sexo masculino entre os três tumores infantojuvenis avaliados.

Tabela 5 – Número de internações por leucemias, tumores do SNC e LNH em menores de 19 anos segundo sexo (período de janeiro 2008 a dezembro 2018)

Sexo	Tipos de Câncer		
	LEUCEMIAS	SNC	LINFOMA NÃO-HODGKIN
Masculino	4935	1026	816
Feminino	3253	698	326
Total	8188	1724	1142

Fonte: SIH/SUS (2019).

3 DIÁLOGO ENTRE A REALIDADE DAS INTERNAÇÕES POR CÂNCER INFANTOJUVENIL EM SANTA CATARINA E A LITERATURA CIENTÍFICA

A partir da análise dos dados coletados, constatou-se que, dentre os três tipos de câncer analisados, leucemia, tumores associados ao SNC e LNH, o primeiro foi o que apresentou maior incidência dentro do Estado. Tal achado vai ao encontro a uma vasta literatura que aponta a leucemia como sendo o tipo de câncer mais prevalente entre crianças e adolescentes (PARKIN *et al.*, 1988). Nesse sentido, Braga, Latorre e Curado (2002) relataram que, na maioria dos países, as leucemias são mais fre-

quentemente diagnosticadas, representando de 25% a 35% de todos os cânceres pediátricos. No Brasil, o percentual médio de leucemias infantis atinge 29%, com maior incidência entre 1 e 4 anos, configurando-se como a causa principal de morte dentro das neoplasias em crianças e adolescentes, entre os anos de 2001 e 2005 (SILVA; ZANDONADE; ZOUAIN-FIGUEIREDO, 2014).

Em relação à organização das Redes de Atenção à Saúde, o estado de Santa Catarina encontra-se dividido em 9 macrorregiões de saúde, tendo sido observado que o maior número de internações registradas em todos os três tipos de câncer infantojuvenil analisados ocorreu na região de saúde Grande Florianópolis, que engloba a área correspondente à capital do estado. O segundo maior número de internações ocorreu na região Nordeste, em que se encontram as cidades de Joinville, com a maior população residente de Santa Catarina, Jaraguá do Sul e São Francisco do Sul. Tais constatações convergem ao que Kligerman (2000) aponta como sendo o motivo para a insuficiência do acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer, que seria o fato dos serviços estarem concentrados nos grandes centros urbanos e nas capitais dos estados.

Outro fator que pode explicar o maior número de internações nas cidades de Florianópolis e Joinville é que elas são as únicas referências de hospitais oncológicos infantis do estado que recebem habilitação ativa de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Pela UNACON, os hospitais tornam-se especialistas em receber crianças com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento dos pacientes (SANTA CATARINA, 2016).

De acordo com a análise de internações por local de ocorrência, a região com menor registro de internações por leucemia em menores de 19 anos, com apenas 1 caso registrado, foi a do Extremo Sul Catarinense, que abrange a cidade de Araranguá. Segundo o Censo de 2010, a cidade

possui uma população residente de 61.310 pessoas, ocupando a décima oitava posição no *ranking* populacional do Estado. Em relação ao LNH, as localidades de saúde do Alto do Vale do Itajaí e Xanxerê também não apresentaram internações registradas. Devido ao volume populacional de algumas dessas regiões, apesar de serem raros os tumores durante a infância, questionamentos referentes à ausência de diagnóstico ou de registro de tais internações são plausíveis.

Levando em consideração as internações registradas por cor/raça, observou-se que no estado de Santa Catarina essas foram mais expressivas entre indivíduos de fenótipo branco nos três tipos de cânceres infantojuvenis analisados. Nesse aspecto, de acordo com os dados gerais da população brasileira, coletados pelo Censo de 2010, o estado de Santa Catarina possui 83,9% da população branca, 2,9% negra, 0,4% amarela, 12,6% parda e 0,3% indígena. Portanto, a maior prevalência de internações de pacientes declarados brancos pode ser explicada pelas características populacionais do estado (IBGE, 2010).

No que diz respeito à faixa etária, os maiores índices de internação por leucemia se deram entre crianças de 1 a 4 anos, seguidos de crianças com idades de 5 a 9 anos. Já os menores registros foram encontrados entre indivíduos menores de 1 ano. Esses dados gerais seguem a estimativa brasileira e mundial, pois, de acordo com o INCA (2020), a maior incidência de leucemia ocorre na faixa etária de 1 a 4 anos, com percentual mediano de 31,6%. Ademais, Braga, Latorre e Curado (2002) também relatam que crianças menores de 5 anos são mais frequentemente acometidas por esse tipo de câncer.

Ao avaliar a faixa etária das internações por tumores do SNC, houve predominância na faixa etária de 5 a 9 anos, seguida por crianças de 1 a 4 anos, de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, respectivamente. Em contrapartida, o menor número de internações se deu entre indivíduos menores de

1 ano de idade. Avaliando dados internacionais, aproximadamente 20% das neoplasias de SNC apresentam-se entre 0 e 14 anos de idade, com população de 1 a 4 anos constituindo a mais afetada e com até 10% ocorrendo em crianças menores de 1 ano (TORO-MOREO, 2017). Além disso, considerando a faixa etária de 10 a 14 anos, os tumores cerebrais são o tipo de tumor mais frequentemente visto (JACQUES; COMARC, 2013). Apesar de os dados de morbidade estarem conflitantes com os de incidência, cabe lembrar que o número de internações não está diretamente relacionado ao número de pacientes, de modo que um mesmo paciente pode ser readmitido várias vezes, podendo, assim, divergir com os valores de incidência.

Em relação às internações por LNH, foi possível constatar que essas foram mais predominantes entre a faixa etária de 15 a 19 anos. O intervalo de idade de 10 a 14 anos foi o segundo que deteve o maior número de internações, seguido pelos indivíduos que apresentavam de 5 a 9 anos de idade. Em consonância com os demais tipos de câncer supracitados, as internações de crianças menores de 1 ano de idade foram as que apresentaram menor registro de número nas bases consultadas. Contrapondo tais achados, Pedrosa *et al*. (2007) descreveram em seu trabalho que os “linfomas representam a terceira neoplasia mais frequentemente diagnosticada sendo 60% dos casos representados pelos linfomas não-Hodgkin (LNH)”. Ainda, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2017), a idade de maior frequência é influenciada pelo tipo histológico do LNH, dessa maneira, o linfoma de Burkitt acomete mais crianças com menos de 10 anos de idade; já o linfoma linfoblástico apresenta maior prevalência entre crianças acima de 10 anos de idade. Relacionado a isso, Pan *et al*. (2011), em um estudo sobre os linfomas, descreveram que a faixa etária com maior número de internações observadas compreendeu a de 15 a 18 anos.

Quanto aos dados referentes às internações infantojuvenis, considerando os dias de permanência por faixa etária, observou-se uma correspondência entre esses e o levantamento das internações por faixa etária. Assim, os dias de permanência tenderam a ser mais elevados entre as faixas etárias que registraram maior número de internações nos três tipos de câncer. Dessa maneira, nas internações por leucemia e tumores do SNC, o número mais elevado de dias de internação se deu na faixa etária de 1 a 4 anos com, respectivamente, 16.725 e 2.830 dias reportados. Já em relação aos casos de LNH, a contagem dos dias de permanência mais expressivos foi identificada na faixa etária de 15 a 19 anos com 2.412 dias.

Por fim, em relação ao número de internações segundo o sexo, o masculino foi identificado como o mais acometido. Resultados semelhantes foram descritos em outros estudos que também observaram maior prevalência de casos masculinos nas neoplasias infantis, em comparação com a feminina (BRAGA; LATORRE; CURADO, 2002; RIVAS-VILELA *et al.*, 2019). Em contrapartida, em um estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) sobre internações por neoplasias gerais, o sexo feminino apresentou mais internações (53%) em crianças menores de 1 ano; entretanto, nas faixas etárias acima de 1 ano a menores de 18 anos, houve mais internações por neoplasias de pacientes do sexo masculino (54%), assim como foi encontrado no estudo que constitui este capítulo (PAN *et al.*, 2011).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas características da população acometida pelo câncer infantojuvenil nas distintas regiões de saúde do Estado de Santa Catarina foram delineadas a partir dos dados obtidos na pesquisa da qual se originou este capítulo. Para melhor caracterização dessas neoplasias infantis no estado, outras fontes, por exemplo, os registros hospitalares, pode-

riam ser úteis na identificação das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, possibilitando ações no sentido de se estabelecer um fluxo mais adequado ao contexto regional, às necessidades da população e aos serviços disponíveis para diagnóstico e tratamento de neoplasias que acometem a faixa etária, crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade. A partir dos registros analisados, pode-se concluir que são necessárias melhorias no preenchimento dos registros, visto que foram encontradas variáveis sem informação.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. do C.. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 19-30, 2006.

BRAGA, P. E.; LATORRE, M. do R. D. O.; CURADO, M. P.. Câncer na infância: análise comparativa da incidência, mortalidade e sobrevida em Goiânia (Brasil) e outros países. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 33-44, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/20 13/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 01 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014.** Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013.** Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Protocolo de diagnóstico precoce para oncologia pediátrica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. p. 29. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/17/Protocolo-de-Diagnostico-Precoce-do-Cancer-Pediatrico.pdf. Acesso em: 02 out. 2019.

CHANTADA, G. *et al.* Strategies to Manage Retinoblastoma in Developing Countries. **Pediatr Blood Cancer,** v. 56, n. 3, p. 341-348, 2011.

CURVO, H.R. M.; PIGNATI, W. A.; PIGNATTI, M. G. Morbimortalidade por câncer infantojuvenil associada ao uso agrícola de agrotóxicos no Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 10-17, mar. 2013.

DANG-TAN, T.; FRANCO, E. L. Diagnosis delay in childhood cancer: a review. **Cancer**, v. 110, n. 4, p. 703-13, 2007.

GRABOIS, M. F.; DE OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. Assistência ao câncer entre crianças e adolescentes: mapeamento dos fluxos origem-destino no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 368-378, abr. 2013.

HOWARD, S. C. *et al.* Childhood cancer epidemiology in low-income countries. **Cancer**, v. 112, n. 3, p. 461-472, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**: população residente por cor ou raça e religião. Disponível em: https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2094#/n1/all/n2/all/n3/all/v/1000093/p/last%201/c86/allxt/c133/0/d/v1000093%201/l/v,p+c86,t+c133/resultado. Acesso em: 19 maio 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil**: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro: Inca, 2016. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/wcm/incidencia/2017/pdf/incidencia.pdf. Acesso em: 02 out. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2020:** incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer

José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa--2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em: 26 abr. 2020.

JACQUES, G.; CORMAC, O. **Pediatric Neurology**: Chapter 99. Central nervous system tumors. Elsevier Inc. Chapters, 2013.

KELLIE, S. J.; HOWARD, S. C. Global child health priorities: What role for pediatric oncologists? **Eur J Cancer**, v. 44, n. 16, p. 2388-2396, 2008.

KLIGERMAN, J. A Ampliação da assistência oncológica no Brasil. **Rev. Bras. De Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 347-349, 2000.

PAN, R. *et al.* Characterization of the hospitalization of children and adolescents with cancer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 6, p. 1413-1420, dez. 2011.

PARKIN, D. M. *et al.* A incidência internacional de câncer infantil. **International Journal of Cancer**, n. 42, v. 4, p. 511-520, 1988.

PEDROSA, M. F. *et al.* Linfoma não-Hodgkin na infância: características clínico--epidemiológicas e avaliação de sobrevida em um único centro no Nordeste do Brasil. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 83, n. 6, p. 547-554, dez. 2007.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. p. 349. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf. Acesso em: 02 out. 2019.

RIVAS-VILELA, S. *et al.* Incidence and survival of central nervous system tumors in childhood and adolescence in Girona (Spain) 1990-2013: national and international comparisons. **Clinical and Translational Oncology**, v. 21, n. 9, p. 1177-1185, 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de ação da rede de atenção à saúde das pessoas com câncer em Santa Catarina.** Florianópolis, 2016.

SARAIVA, D. C. A.; SANTOS, S. S.; MONTEIRO, G. T. R. Tendência de mortalidade por leucemias em crianças e adolescentes nas capitais dos estados brasileiros: 1980-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 3, nov. 2018.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Atuação do pediatra:** epidemiologia e diagnóstico precoce do câncer pediátrico. [S. l.: s. n.], 2017.

SETH, R.; SINGH, A. Leukemias in Children. **The Indian Journal of Pediatrics**, v. 82, n. 9, p. 817-824, set. 2015.

SILVA, F. F.; ZANDONADE, E.; ZOUAIN-FIGUEIREDO, G. P. Análise da tendência da mortalidade por leucemias infantojuvenis no Brasil, de 1980 até 2010. **Jornal de Pediatria**, v. 90, n. 6, p. 587-592, 2014.

SILVA, J. K. O. *et al.* Câncer Infantil: Monitoramento da Informação através dos Registros de Câncer de Base Populacional. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 4, p. 681-686, 2012.

TORO-MORENO, A. C. *et al.* Tumores de sistema nervioso central en pediatría: Presente y futuro del abordaje diagnóstico. **Revista Ecuatoriana de Neurología**, v. 26, n. 3, p. 283-288, 2017.

13 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDANTES DAS QUATRO TURMAS INICIAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFFS, *CAMPUS* CHAPECÓ

Graciela Soares Fonsêca
Paulo Roberto Barbato
Daciele Paola Preci
Christie Klüssner Rosa
Julia Canci
André Felipe Costela

1 INTRODUÇÃO

A formação em saúde, no Brasil e no exterior, vem enfrentando problemas que passam por deficiências pedagógicas e de qualificação docente, estruturação dos Projetos Pedagógicos Curriculares (PPC), dissociação entre os ciclos básico e clínico, relação frágil entre teoria e prática, dentre outros impasses que impactam diretamente nos serviços de saúde (CAMPOS *et al.*, 2012). No início dos anos 2000, como desdobramento das discussões relacionadas à necessidade de modificar a formação em saúde no sentido de torná-la coerente com o que a sociedade e o Sistema Único de Saúde (SUS) precisavam, diversos cursos iniciaram a elaboração de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que imprimiram marcas profundas no pensar a formação em saúde (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013).

As DCN vêm induzindo mudanças direcionadas às práticas cuidadoras, ao trabalho em equipe e ao compromisso com o SUS, incentivando a aproximação às realidades locais e os serviços com vistas a ampliar

capacidades, percepções e intervenções sobre a saúde (CECCIM; CARVALHO, 2011). Os perfis desejados nesses documentos designam profissionais generalistas, humanistas, críticos e reflexivos dotados de competências e habilidades para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com responsabilidade social, tendo as necessidades trazidas pelas pessoas, em suas singularidades, como centro das ações futuras (BRASIL, 2002; BRASIL, 2014).

No caso específico dos cursos de Graduação em Medicina, com o objetivo de intensificar o processo de mudança e oferecer respostas para as desigualdades na distribuição dos profissionais médicos pelo território brasileiro – sobretudo, em regiões interioranas e/ou periféricas –, o Programa Mais Médicos (PMM) foi implementado em 2013. Além de ampliar a quantidade de vagas de Graduação em Medicina no território nacional, o PMM busca democratizar o acesso a essas vagas e determina o formato de curso previsto nas DCN de 2014 como obrigatoriedade (BRASIL, 2013).

A Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), caracterizada por ser pública e popular, foi fundada em 2009, a partir de inquietações e reivindicações de movimentos sociais regionais por acesso ao ensino superior gratuito e de qualidade. No ano de 2015, em decorrência da ampliação de vagas proposta pelo PMM, o *Campus* Chapecó da UFFS foi contemplado com 40 vagas anuais para a Graduação em Medicina. Correspondendo aos anseios da UFFS e do PMM, a intenção para criação e manutenção do curso está relacionada à democratização e interiorização do acesso ao ensino superior na área da saúde na região da Fronteira Sul.

Assim, torna-se imperativo analisar questões relacionadas ao curso no sentido de verificar se os anseios de interiorização e democratização do acesso ao ensino médico estão sendo cumpridos, bem como identificar potencialidades e fragilidades que possam contribuir para o aper-

feiçoamento constante e a garantia dos seus propósitos. A maneira de alcançar tais objetivos foi o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado Perfil dos estudantes de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó, estruturado pelos docentes e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Nesse sentido, ao longo de três semestres, com a participação de estudantes matriculados nos Componentes Curriculares Regulares (CCR) de Saúde Coletiva II, III e IV, buscou-se caracterizar os estudantes das quatro primeiras turmas do Curso de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó. Para a caracterização das turmas, a metodologia constituiu-se de estudo quantitativo exploratório, transversal, realizado com 148 estudantes (n=148) do curso de Graduação em Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó, matriculados no semestre 2018.2. Os dados foram coletados por meio de questionário elaborado com base na literatura científica sobre o tema. Todos os estudantes matriculados no curso (n=160) foram convidados a responder os questionários impressos. Um estudo-piloto com 10 estudantes foi realizado previamente à coleta.

Após a aplicação dos questionários, os dados foram compilados e analisados no Programa Stata, versão 11, por meio de estatística descritiva. Os estudantes participaram de discussões teóricas sobre o tema, realizaram a coleta e organização dos dados. Também contribuíram com a análise, discussão e redação final. Além de utilizarem o tempo dos CCR para o desenvolvimento das atividades, eles ainda participaram voluntariamente de iniciação científica ligada ao projeto de pesquisa. Recortes dos resultados foram apresentados pelos estudantes em diferentes eventos científicos.

2 QUEM SÃO OS ESTUDANTES DE MEDICINA DA UFFS, CAMPUS CHAPECÓ?

No Curso de Medicina do *Campus* Chapecó, assim como nos demais cursos de graduação da UFFS, a presença feminina é majoritária (NIEROTKA, 2015), sendo que elas representam 55,4% entre os discentes, o que reflete a feminização do curso (Tabela 1). O mesmo dado foi evidenciado por Silva *et al.* (2018), na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, onde 63,2% dos discentes são mulheres. Também se verificou que, em 2007, na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), as mulheres já representavam 50,2% do corpo discente na faculdade de Medicina (FIOROTTI; ROSSONI; MIRANDA, 2010). Nas turmas de 2015 a 2017 da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), o grupo feminino era de 54% em relação a 46% do sexo masculino (ALMEIDA; SILVA, 2017).

Tabela 1 – Características demográficas dos estudantes de medicina da UFFS, *Campus* Chapecó

	Frequência absoluta (n)	**Frequência relativa (%)**
	Sexo	
Feminino	82	55,41
Masculino	66	44,59
Total	**148**	**100,00**
	Faixa etária	
17-19 anos	16	10,81
20-24 anos	96	64,86
25-29 anos	16	10,81
30-40 anos	20	13,51
Total	**148**	**100,00**
	Estado civil	
Sem companheiro(a)	128	86,49
Com companheiro(a)	16	10,81
Não respondeu	4	2,70
Total	**148**	**100,00**

Fonte: Os autores (2020).

No Brasil, as mulheres médicas representam 57,4% no grupo até 29 anos e 53,7% entre 30 e 34 anos. Esse crescimento passou a ser observado a partir do ano de 1970, em que os homens correspondiam a cerca de 80% dos profissionais. A partir de 2009, o número de médicas chegou a 50,4% e, desde então, vem superando as admissões masculinas em todos os anos (SCHEFFER, 2018).

Com relação à faixa etária dos estudantes, nota-se a predominância de estudantes mais jovens, com 64,8% dos discentes ocupando a faixa etária de 20 a 24 anos e apenas 13,5% dos estudantes enquadrando-se na faixa etária de 30 a 40 anos (Tabela 1). Atualmente, a média de idade dos médicos do país é de 45,4 anos. Em Santa Catarina, a média é de 44,2 anos, seguindo a tendência da entrada de médicos mais novos para o mercado de trabalho. A estimativa é de que esse número diminua nos próximos anos (SCHEFFER, 2018). A partir dos dados deste estudo, é possível prever que 64,8% dos estudantes de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó, se formarão com idade entre 24 e 30 anos, reforçando a recente mudança no perfil etário do médico brasileiro.

No que diz respeito ao estado civil dos discentes, 86,4% deles responderam que não possuem parceiro (Tabela 1). Alguns autores sugerem que universitários sem companheiros possuem maior tendência para desenvolver algum tipo de sofrimento ou transtorno mental (GRANER; RAMOS-CERQUEIRA, 2017). Nesse sentido, o relatório do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (2011) elaborou uma análise cujo resultado foi de que 43% dos estudantes das universidades federais possuem dificuldades de adaptação devido à mudança de cidade, moradia ou por estar longe da família. Díaz e Gómez (2007) também consideram que o ambiente acadêmico pode ser estressante quando há falta de socialização e comunicação com os pais, família e sociedade; o suporte social é uma das principais estratégias de enfrentamento do

estresse, o que reflete a importância do convívio com outras pessoas e grupos sociais para a melhoria do estado psicológico dos estudantes (MONZÓN, 2007).

Quanto à estrutura familiar dos alunos (Tabela 2), 37,1% fazem parte de uma família de 4 pessoas, 22,3% compõem uma família de 3 pessoas, 12,1% de 2 pessoas e 5,41% são a única pessoa da sua família.

Tabela 2 – Estrutura familiar dos estudantes de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó

	Frequência absoluta (n)		**Frequência relativa (%)**	
Número de componentes da família				
01 pessoa	8		5,41	
02 pessoas	18		12,16	
03 pessoas	33		22,30	
04 pessoas	55		37,16	
05 pessoas	23		15,54	
06 pessoas	9		6,08	
08 pessoas ou mais	2		1,35	
Total	**148**		**100,00**	
Escolaridade dos pais				
	Pai	Mãe	Pai	Mãe
Sem escolaridade	1	3	0,67	2,03
Fundamental incompleto	18	14	12,15	9,46
Fundamental completo	11	9	7,42	6,08
Médio incompleto	6	10	4,04	6,76
Médio completo	46	26	31,08	17,56
Superior incompleto	10	9	6,74	6,08
Superior completo	46	68	31,08	45,95
Pós-graduação	5	9	3,41	6,08
Não sabe/não responderam	5	-	3,41	-
Total	**148**		**100,00**	

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Renda familiar		
Até 1,5 salários mínimos	24	16.22
>1,5 - 3 salários mínimos	26	17,57
>3 - 4,5 salários mínimos	21	14,19
>4,5 - 6 salários mínimos	14	9,46
>6 - 10 salários mínimos	31	20,95
>10 – 30 salários mínimos	19	12,84
> 30 salários mínimos	2	1,35
Não sabe/não informou	11	7,43
Total	**148**	**100**

Fonte: Os autores (2020).

Em relação à escolaridade da mãe, o ensino superior completo se sobressai, representando 45,9%. Considerando os estratos superiores de escolaridade, as mães destacam-se em relação aos pais, porém, de forma oposta (Tabela 2), visto que se nota uma diferença entre o número total de mães (68) com ensino superior completo em relação ao número de pais (46) com o mesmo nível de escolaridade. Nos últimos anos, a tendência de homens que ingressaram e concluíram um curso universitário não só diminuiu, como também foi superada pelas mulheres (GUEDES, 2008). As matrículas no ensino superior de 2001 a 2010 foram majoritariamente femininas, conforme dados do IBGE (2012).

No que tange à renda familiar, 24 estudantes apresentam renda inferior a 1,5 salários mínimos, representando 16,2% dos participantes da pesquisa. A maior parte, 20,95% dos estudantes pesquisados, se enquadra na renda familiar entre 6 e 10 salários mínimos. De forma distinta, em pesquisa realizada com estudantes da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a maior proporção identificada (mais de 40%) se refere a

alunos com renda familiar entre 10 e 30 salários mínimos, demonstrando um padrão socioeconômico e nível familiar acima da média. No Curso de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó, essa mesma renda representa 12,84% (19 alunos) dos participantes (FERREIRA *et al.*, 2000).

O processo de democratização do acesso ao ensino superior compreende reverter o quadro no qual ir à universidade, em especial ao Curso de Medicina, é opção reservada às elites. Dessa forma, em relação ao nível socioeconômico, os estudantes do curso analisado também diferem da pesquisa realizada, em 1990, por Ospina (1994), em 34 universidades da Colômbia, cujos resultados demonstraram que alunos de classe média/alta são os que ocupam a maioria das vagas em universidades tanto públicas quanto privadas do país, atingindo 59,7% dos entrevistados.

Esse número aumentado de estudantes com renda mais baixa no Curso de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó, reforça os resultados de uma das propostas do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013), que é ampliar e democratizar o acesso aos cursos de Medicina, proporcionando um bom nível de ensino a uma parcela maior da população. Ampliar e democratizar o acesso constitui-se uma forma de diminuir desigualdades sociais e regionais e o desenvolvimento científico e tecnológico, permitindo a inclusão social e geração de trabalho e renda.

Quando comparamos o perfil do acadêmico do curso com o dos demais alunos da UFFS, encontramos diferenças significativas. Em um estudo realizado por Nierotka (2015), com acadêmicos de cinco *campi* da UFFS, identificou-se que 69,3% deles possuem renda familiar média de até três salários mínimos (SM) mensais, contra 33,78% dos alunos de Medicina neste estudo. Já na faixa acima de três salários, enquanto na UFFS 30,3% dos estudantes estão enquadrados nesse segmento, para o Curso de Medicina a frequência é de 66,21% dos discentes. Portanto, percebe-se que o estudante de Medicina possui melhores condições de ren-

da quando comparado aos demais cursos e *campi* da universidade. Este fato aponta que ainda há necessidade de maior inclusão de estudantes dos estratos mais baixos de renda para que possamos avançar no sentido de "popularizar" ainda mais a profissão, rompendo com seu perfil elitizado e inacessível.

Ao analisar o tipo de ensino médio cursado pelos discentes, evidencia-se que 80,41% deles são provenientes da rede de ensino exclusivamente pública (Tabela 3). Observando uma pesquisa realizada na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), os dados encontrados divergem da UFFS. Na UFES, 80,3% dos discentes do Curso de Medicina são provenientes de escolas particulares (FIOROTTI; ROSSONI; MIRANDA; 2010), um perfil totalmente oposto ao que observamos na UFFS, *Campus* Chapecó. Corroborando esses achados, um estudo realizado na Universidade do Estado do Mato Grosso (UNEMAT) demonstrou que 56% dos alunos entrevistados cursaram o ensino médio totalmente em escola particular (ALMEIDA; SILVA, 2017).

Tabela 3 – Formação prévia e classificação do ensino médio dos estudantes de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó

	Frequência absoluta (n)	**Frequência relativa (%)**
Outra graduação		
Sim	25	16,89
Não	123	83,11
Total	**148**	**100,00**
Tipo de Ensino Médio		
Totalmente em escola pública	119	80,41
Parcialmente em escola pública	6	4,05
Totalmente em escola privada	17	11,49
Totalmente em escola privada com bolsa	4	2,70
Não respondeu	2	1,35
Total	**148**	**100,00**

Fonte: Os autores (2020).

A Lei das Cotas (12.711/2012) preconiza que 50% das vagas sejam ocupadas por estudantes oriundos de escola pública, e o Curso de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó, embora destoando da maioria dos cursos equivalentes no país, atende acima do esperado a esse índice (BRASIL, 2012). Outro dado a ser observado é que 16,8% dos discentes possuem alguma graduação prévia, ligada ou não à área da saúde (Tabela 3). Entre os cursos listados, estão Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Geografia, dentre outros. Estudo realizado por Correa *et al.* (2016), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), observou alguns dos motivos para a escolha da Medicina como segunda graduação. Entre as razões observadas, encontram-se a busca por melhores condi-

ções salariais, a inserção no mercado de trabalho, a realização de um sonho, a valorização pessoal e o *status* social da profissão (CORREA *et al.*, 2016).

Quanto ao local de procedência, 84,5% dos estudantes do curso da UFFS, *Campus* Chapecó, são provenientes de cidades do interior e 14,9% de capitais (Tabela 4). Este fato reflete uma das premissas do PMM: a interiorização dos cursos de Medicina e a oportunidade de acesso às pessoas que residem ou são oriundas de cidades distantes dos grandes centros urbanos. O PMM prioriza, para aprovação de abertura de novos cursos de Medicina, cidades localizadas a pelo menos 75 km de qualquer curso de Medicina, que não sejam capitais e que tenham mais de 50 mil habitantes, além de exigir que a cidade esteja estruturalmente capacitada para receber a graduação. Além de o curso permear por diversos setores de saúde da região, entende-se que sua presença em uma região interiorana serve de estímulo para que o exercício da profissão médica do recém-formado se dê ali, próximo à sua comunidade (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, observa-se ainda que a maioria dos estudantes é procedente das regiões Sul (63,5%) e Sudeste (26,3%) (Tabela 4). Na pesquisa realizada na UFES, o maior contingente de alunos era do Mato Grosso (29%) e Goiás (16%), o que reflete a importância do Sistema de Seleção Unificada (SiSU) no acesso ao curso pretendido por estudantes do Brasil inteiro (ALMEIDA; SILVA; 2017).

Tabela 4 – Procedência dos estudantes de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó

	Frequência absoluta (n)	**Frequência relativa (%)**
	Local de procedência	
Capital	22	14,86
Interior	125	84,46
Exterior	1	0,68
Total	**148**	**100,00**
	Naturalidade por região	
Sul	94	63,51
Sudeste	39	26,35
Nordeste	8	5,41
Norte	2	1,35
Centro-Oeste	4	2,70
Exterior	1	0,68
Total	**148**	**100,00**

Fonte: Os autores (2020).

2.1 A entrada e a permanência dos estudantes de Medicina na UFFS, *Campus* Chapecó

Com relação ao ano de ingresso na UFFS, apesar de ocorrer entrada anual de quarenta estudantes, nota-se uma variação desse padrão em função da saída de estudantes que, comumente, ingressam em outras instituições de maior interesse. Isso acarreta a entrada de outros estudantes nas vagas remanescentes por meio de provas de transferência (Tabela 5).

Tabela 5 – Variáveis relativas à entrada e permanência dos estudantes de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó

	Frequência absoluta (n)	**Frequência relativa (%)**
Ano de ingresso no curso		
2015	30	20,27
2016	38	26,68
2017	34	22,97
2018	46	31,08
Total	**148**	**100,00**
Tempo dedicado aos estudos para ingressar no curso		
01 ano	62	41,89
02 anos	43	29,05
03 anos	30	20,27
04 anos ou mais	13	8,79
Total	**148**	**100,00**
Chamada para matrícula		
Primeira	16	10,81
Segunda	42	28,38
Terceira	21	14,19
Quarta	22	14,86
Quinta	15	10,14
Sexta ou superior	16	10,81
Transferência externa	16	10,81
Total	**148**	**100,00**
Cursinho pré-vestibular		
Sim	126	85,14
Não	22	14,86
Total	**148**	**100,00**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Tempo de permanência nos cursos pré-vestibulares		
01 semestre ou menos	11	7,43
01 ano	50	33,78
02 anos	40	27,03
03 anos	13	8,78
04 anos	8	5,41
05 anos ou mais	1	0,68
Não se aplica	22	14,86
Não respondeu	3	2,03
Total	**148**	**100,00**
Motivos para escolher o Curso de Medicina		
Influência familiar	4	2,70
Identificação pessoal	84	56,76
Busca por independência financeira	8	5,41
Status profissional	1	0,68
Desejo de ajudar as pessoas	18	12,16
Vocação/sonho	29	19,59
Outros	4	2,70
Total	**148**	**100,00**

	Frequência absoluta (n)	**Frequência relativa (%)**
Motivos para escolher a UFFS		
Ensino gratuito	63	42,57
Infraestrutura da Universidade	4	2,70
Localização	22	14,86
Indicação de outros alunos	3	2,03
Primeira Universidade a obter aprovação	32	21,62
Não ter passado em outra universidade	13	8,78
Outros motivos	8	5,41
Não respondeu	3	2,03
Total	**148**	**100,00**
Descrição da situação financeira		
Não tenho renda e os meus gastos são financiados por minha família ou por outras pessoas	124	83,78
Tenho renda, mas recebo ajuda da família ou de outras pessoas para financiar meus estudos	9	6,08
Tenho renda e não preciso de ajuda para financiar meus gastos	6	4,05
Tenho renda e contribuo com o sustento da família	1	0,68
Reserva financeira	5	3,38
Nenhuma das alternativas	3	2,03
Total	**148**	**100,00**

Fonte: Os autores (2020).

Em relação ao tempo que os participantes da pesquisa dedicaram aos estudos para ingressar no Curso de Medicina, 41,89% esperaram um ano pela entrada. Contrariando o estudo realizado por Cardoso-Filho *et al.* (2013), que traz como minoria os que conseguiram ingressar no primeiro ano de tentativa e como maioria os que tentaram por três ou mais anos, o estudo que realizamos revela uma diferença em relação ao que ocorre com mais prevalência nos cursos de Medicina. Outrossim, diante dessa dificuldade, a necessidade de frequentar cursinhos pré-vestibular para auxiliar no ingresso ao curso é uma realidade para a supremacia dos pesquisados, já que 85,1% relataram ter utilizado a estratégia, enquanto somente 14,86% não o fizeram. Dos que frequentaram cursinhos preparatórios para o vestibular, a maior parte permaneceu por um ano (33,78% dos entrevistados).

Com relação à chamada para a matrícula, a maior parte dos estudantes (28,38%) ingressou na segunda lista de convocação e há uma distribuição similar entre os que ingressaram nas demais chamadas (em torno de 10%). Na escolha pelo curso, a superioridade dos participantes (56,76%) da pesquisa afirmou que escolheram a Medicina por identificação pessoal. E quanto ao motivo pelo qual escolheu a UFFS, *Campus* Chapecó, para estudar, a maior parte dos discentes (42,57%) declarou que o motivador principal foi o ensino gratuito da instituição, enquanto sua localização foi a razão de escolha para 14,86% dos estudantes. Percebe-se, ainda, que o fator gratuidade corrobora os dados encontrados no perfil de renda dos estudantes dessa pesquisa, visto que a maioria deles está na faixa de renda inferior a 3 salários mínimos.

É mister ressaltar que o SiSU tem fundamental importância nas escolhas por localização, uma vez que a entrada nos cursos da UFFS se dava, até 2019, somente por meio desse sistema. Esse mecanismo de acesso é gerenciado pelo Ministério da Educação (MEC), em que as insti-

tuições públicas de educação superior oferecem vagas a candidatos que prestaram o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) em todo o Brasil. Dessa forma, o acesso se amplia a estudantes com rendas familiares mais baixas, como a maioria dos estudantes de Medicina da UFFS, uma vez que eles não necessitam se deslocar de suas cidades para prestar vestibular e não pagam inscrições.

Observa-se que 124 participantes da pesquisa (83,78%) não possuem renda e têm suas despesas financiadas pela família ou por outras pessoas (Tabela 5). Uma pequena parcela fica reservada àqueles que possuem fonte de proventos (6,08%), porém ainda não suficiente para o autossustento, sendo necessária a contribuição familiar.

Em um estudo realizado por Fiorotti, Rossonil e Miranda (2010), com acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), resultados semelhantes foram encontrados no que tange à fonte de renda própria. Dos 229 alunos que participaram do estudo, 62,0% não possuíam renda; se considerarmos os que afirmaram receber mesada (17,5%), o resultado se torna mais expressivo e semelhante ao perfil dos alunos da UFFS, *Campus* Chapecó, totalizando 182 estudantes (78,5%) dependentes financeiramente. No estudo que constitui este capítulo, apenas 7 estudantes (3,1%) afirmaram que seu sustento provém de atividade remunerada. O mesmo comportamento foi observado em um estudo com estudantes do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UFRN), em que 87,5% declararam ser sustentados pela família e/ou por outras pessoas (CARDOSO FILHO *et al.*, 2015).

Em outra pesquisa aplicada aos formandos dos diversos cursos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Lamounier, Torga e Leite (2002) encontraram resultados mais adversos do que os da UFFS, *Campus* Chapecó: 54% dos estudantes formandos em Medicina relataram ter exercido atividade laboral remunerada durante a graduação (até 30 ho-

ras semanais), enquanto nos outros cursos da UFMG, 73% dos estudantes trabalharam.

As políticas de manutenção do estudante no ensino superior surgiram no intuito de fomentar a permanência do acadêmico nas universidades, para que este melhore sua qualidade de vida e tenha condições de se desenvolver e alcançar um desempenho curricular adequado, reduzindo-se, dessa forma, a evasão (IMPERATORI, 2017).

De acordo com o perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das universidades federais brasileiras traçado pela Andifes (2011), o Brasil apresenta grande disparidade de renda, em que 41% das famílias dos estudantes recebem até três salários mínimos. Nesse sentido, compreendendo-se as fragilidades e limitações financeiras dos acadêmicos, foi criado o Programa Nacional de Assistência Estudantil, ambicionando democratizar as condições de permanência deste público-alvo nas universidades. O programa do Governo Federal, instituído pelo Decreto nº 7.234/2010, com foco em ensino pesquisa e extensão, destaca as iniciativas desenvolvidas nas seguintes áreas: moradia estudantil; alimentação; transporte; assistência à saúde; inclusão digital; cultura; esporte; creche; e apoio pedagógico (BRASIL, 2010).

Nessa lógica de promoção, assistência e apoio, a UFFS conta com o Programa de Bolsa Permanência (PBP) e Auxílios Socioeconômicos. O PBP é uma ação do Governo Federal financiada com recursos do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) e voltada para estudantes inscritos no programa, como indígenas ou quilombolas ou estudantes de Medicina em situação de vulnerabilidade socioeconômica (com renda bruta mensal per capita de até 1,5 salários mínimos). Em 2019, a UFFS beneficiou 234 acadêmicos de diversos cursos com bolsas nesta modalidade (UFFS, 2019a; UFFS 2019d).

Os auxílios socioeconômicos da UFFS são ofertados para os estudantes que atendem aos critérios estabelecidos na Resolução 10/2016 e respondem aos critérios de edital anual de divulgação. Por meio deles, são atendidos: estudantes ingressantes via sistema de reservas de vagas pelo Sistema de Seleção Unificada (SISU), incluídos nas cotas L1[1], L2[2] e L3[3]; ingressantes de processos seletivos especiais, como o de acesso à educação superior para haitianos e programa de acesso e permanência dos povos indígenas; e estudantes que já estão cursando e que possuem sua situação socioeconômica avaliada com o Índice de vulnerabilidade social (IVS) de até 1000. Neste cálculo, são considerados vários fatores como: renda familiar, doença na família, gastos com aluguel, transporte, entre outros. Esses auxílios recebem duas classificações: Auxílios Socioeconômicos Gerais (como Auxílio Alimentação e Auxílio Estudantil), os quais não necessitam de comprovação documental na análise socioeconômica; e Auxílios Socioeconômicos Específicos (como Transporte, creche e moradia), os quais necessariamente precisam ser informados e comprovados na análise socioeconômica (UFFS, 2019c).

Para a modalidade composta por alunos ingressantes nas cotas mencionadas, são fornecidos auxílios gerais por um semestre, além de uma única parcela de auxílio ingresso. Atualmente, não existem restrições ao número de auxílios socioeconômicos a serem disponibilizados; portanto, o aluno que atender aos critérios da Resolução 10/2016 e do edital anual pode ser beneficiário, não existindo lista de espera. Por fim, os estudantes ainda podem ser beneficiados com Bolsas de Ensino (mo-

---

1 Candidatos com renda familiar bruta per capita igual ou inferior a 1,5 salário mínimo que tenham cursado integralmente o ensino médio em escolas públicas (Lei nº 12.711/2012).

2 Candidatos autodeclarados pretos, pardos ou indígenas, com renda familiar bruta per capita igual ou inferior a 1,5 salário mínimo e que tenham cursado integralmente o ensino médio em escolas públicas (Lei nº 12.711/2012).

3 Candidatos que, independentemente da renda (art, 14, II, Portaria Normativa nº 18/2012), tenham cursado integralmente o ensino médio em escolas públicas (Lei nº 12,711/2012).

nitoria), Pesquisa, Extensão e Cultura, que são concedidas de acordo com o mérito acadêmico e por processos seletivos próprios, sendo o número de vagas estipulado conforme as demandas da universidade por área. Em 2019, por exemplo, três alunos do Curso de Medicina foram beneficiários de bolsas de ensino, relacionadas a atividades de monitoria (UFFS, 2019c).

Nesse sentido, percebe-se que, diante do quadro de falta de autonomia financeira do estudante, os auxílios e as bolsas representam um quesito importante para a permanência e conclusão da graduação. No entanto, apesar de a maioria dos alunos não possuir fonte de renda própria (83,78%), verifica-se que apenas 27 (18,24%) recebiam auxílio financeiro ou bolsa no período em que os dados foram coletados (Tabela 6). Esse fato pode ser explicado pelo não enquadramento nos limites no IVS, já que alguns alunos de renda baixa que solicitam avaliação socioeconômica em busca dos auxílios obtêm *score* acima do teto de 1000, não preenchendo os requisitos exigidos para receber auxílio socioeconômico. Por exemplo, no ano de 2018, 33 alunos efetuaram o cadastro, mas 6 deles não atenderam às normas dos editais.

Em se tratando de alunos do Curso de Medicina, a pesquisa realizada encontrou números relativamente díspares, quando considerada a situação socioeconômica, conforme apresentado na Tabela 2. Apesar disso, os alunos pesquisados demonstram um padrão socioeconômico abaixo da média em faixas salariais mais altas quando comparado a outros estudos, como descrito por Ferreira *et al.* (2000), em que mais de 40% dos acadêmicos de Medicina da UFMG se encontram na faixa entre 10 e 30 salários mínimos (FERREIRA *et al.*, 2000).

Nessa perspectiva, de acordo com a Tabela 6, dentre os entrevistados que referiram fazer parte de algum programa de auxílio financeiro, 13,51% são beneficiários de auxílio socioeconômico. Além disso, em se

tratando de bolsas Permanência, Cultura, Ensino (monitoria), Pesquisa e Extensão, apenas 3,38% acadêmicos eram assistidos (incluindo os que recebiam tanto auxílio quanto bolsa) quando os dados foram coletados, demonstrando a pouca representatividade desse tipo de subsídio. Destaca-se que o Programa de Bolsa Cultura beneficia estudantes vinculados a projetos culturais institucionalizados, de modo a incentivar o desenvolvimento e participação do educando no processo de criação artístico-cultural. O número de vagas ofertadas depende da demanda dos projetos e de seus editais próprios (UFFS, 2019b).

Nessa mesma linha de questionamentos, verifica-se que, apesar de não receberem auxílio financeiro no momento da pesquisa, 6,76% já foram favorecidos em outras oportunidades por sua cobertura. Porém, diferentemente da situação pesquisada, observa-se que a maior parte destes foi beneficiária de bolsa, 6,08% contra apenas 2,02% de auxílio socioeconômico, o que pode representar uma pequena inversão nos padrões (Tabela 6).

No mesmo estudo realizado por Cardoso Filho *et al*. (2015) com estudantes de Medicina da UFRN, constatou-se que 5,55% participavam de programa estudantil de assistência à moradia e 16,66% exerciam atividade acadêmica remunerada, o que representa um total de 22,22% de alunos assistidos. Tais resultados se aproximam aos encontrados no estudo aqui apresentado, mas demonstram que os acadêmicos de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó, ainda estão mais desassistidos (22,22% da UFRN contra 18,24% da UFFS).

Tabela 6 – Variáveis relativas ao recebimento de bolsas e/ou auxílio financeiro obtidos pelos estudantes de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó

	Frequência absoluta (n)	**Frequência relativa (%)**
Acesso a auxílio financeiro ou bolsa disponibilizados pela UFFS no momento da coleta de dados		
Sim	27	18,24
Não	121	81,76
Total	**148**	**100,00**
Tipo de bolsa ou auxílio		
Não se aplica	121	81,76
Auxílio	20	13,51
Bolsa	3	2,03
Auxílio e bolsa	2	1,35
Não respondeu	2	1,35
Total	**148**	**100,00**
Acesso a auxílio financeiro ou bolsa disponibilizados pela UFFS anteriormente à coleta de dados		
Sim	10	6,76
Não	110	74,32
Não se aplica	27	18,24
Não respondeu	1	0,68
Total	**148**	**100,00**
Tipo de bolsa ou auxílio		
Não se aplica	136	91,88
Auxílio	2	1,35
Bolsa	8	5,41
Auxílio e bolsa	1	0,68
Não respondeu	1	0,68
Total	**148**	**100,00**

Fonte: Os autores (2020).

2.2 Anseios para o futuro: quem serão os médicos formados pela UFFS, *Campus* Chapecó

Quando questionados em relação ao futuro profissional, em que local gostariam de exercer a sua profissão, a maior representatividade foi de 41,22% que afirmaram querer trabalhar em hospital público. Apenas 8,11% responderam que gostariam de exercer a profissão em centros de saúde, isto é, na atenção básica (Tabela 7).

Se compararmos essa tabela com a pesquisa de demografia médica de 2011, podemos observar diferenças (CFM; CREMESP, 2011). Enquanto a maioria deseja trabalhar em redes de saúde pública, a demografia médica mostrou que nas capitais, a razão de posto de trabalho médico ocupado em estabelecimentos privados é de 7,81 e no SUS 4,30 médicos por 1.000 habitantes. Um número muito maior de profissionais na rede privada. Isso pode demonstrar uma mudança de perspectiva futura, uma vez que a maioria dos participantes da pesquisa pretende trabalhar pelo SUS.

Ao serem questionados sobre o desejo de fazer residência, 94,6% dos estudantes afirmaram pretender dar continuidade à formação por meio desta forma de pós-graduação (Tabela 7), o que é uma tendência observada entre os acadêmicos de diversas instituições (FERREIRA *et al.,* 2000; CAOVILLA *et al.*, 2008). Entretanto, ao olharmos para o percentual de alunos que responderam ter interesse pela área de Medicina da Família e Comunidade, vemos uma realidade pouco favorável para essa especialidade, já que somente 3,4% dos discentes responderam ter interesse pela área e, ainda assim, ela não foi a única escolha. Essa tendência também foi observada na Universidade Luterana do Brasil, onde somente 7,2% dos participantes do estudo afirmaram ter interesse por essa especialidade (CAOVILLA *et al.*, 2008). Além disso, somente um estudante (0,3%)

respondeu ter interesse pela Medicina Social em uma pesquisa realizada na Universidade Federal de Minas Gerais (FERREIRA *et al.,* 2000).

Analisando as DCN dos cursos de Graduação em Medicina de 2014 e o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó, nota-se que o perfil de formação preconizado é o de médico generalista direcionado para a atenção básica. Entretanto, ao observarmos a resposta dos estudantes em relação à pretensão de fazer residência, quase 95% deles manifestaram o desejo de continuar a formação em especialidades diferentes (ortopedia, oftalmologia, etc.), indo de encontro ao perfil desejado do recém-formado (BRASIL, 2014). Esse dado se repete em uma pesquisa realizada recentemente em uma instituição privada de ensino superior do estado de Minas Gerais, onde somente um estudante respondeu pretender seguir a carreira de médico generalista (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019).

Tabela 7 – Variáveis relativas ao futuro profissional referidas pelos estudantes de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó

	Frequência absoluta (n)	**Frequência relativa (%)**
Local de escolha para exercer a profissão		
Hospital público	61	41,21
Centro de Saúde	12	8,11
Clínica de especialidades pública	20	13,51
Clínica/Consultório privado	24	16,22
Hospital privado	20	13,51
Outros	10	6,76
Não respondeu	1	0,68
Total	**148**	**100,00**
Desejo de cursar residência		
Sim	140	94,59
Não	8	5,41
Total	**148**	**100,00**
Especialidade da residência		
Não sabe/não definiu	29	19,59
Especialidades relacionadas com APS	5	3,39
Outras especialidades	92	62,16
Não se aplica/não respondeu	22	14,86
Total	**148**	**100,00**

Fonte: Os autores (2020).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados neste capítulo buscaram caracterizar os estudantes do Curso de Graduação em Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó. Alguns aspectos surgem no sentido do que a literatura aponta quanto ao perfil discente em outros cursos brasileiros. Os maiores diferenciais encontrados referem-se à origem familiar e escolar. Os estudantes de Medicina ora pesquisados são, em sua maioria, oriundos do ensino público e de famílias com faixas de renda mais baixas. Esses resultados indicam que o processo de seleção dos estudantes vem atingindo o objetivo de ampliar e democratizar o acesso ao ensino superior público, conseguindo atingir um dos objetivos do PMM. Evidente que ainda é incipiente, mas almejando o que as políticas indutoras propõem e a UFFS – universidade pública e popular – traz como uma de suas diretrizes fundantes.

Os resultados também ajudam a compreender o papel da UFFS na interiorização da formação em saúde, demonstrando que boa parte dos estudantes almeja trabalhar na rede pública após a formação. Porém, estudos subsequentes à conclusão da graduação podem ser necessários para avaliar a concretização deste desejo a fim de fortalecer esses dados. Considerando as atividades de pesquisa como estratégia de ensino, uma das características inovadoras dos componentes curriculares de saúde coletiva, os resultados apresentados apontam para o sucesso da estratégia, apoiados no envolvimento dos estudantes com a pesquisa, o que fica evidenciado pelo voluntariado na iniciação científica. Mas isso vai além, alcançando a formação que instrumentaliza o estudante para a prática da pesquisa, instigando a curiosidade e o espírito crítico, características esperadas em futuros médicos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I.M. Q.; SILVA, F. A. Ingressantes do curso de medicina de uma instituição de ensino superior pública. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina** – Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT (Cáceres), n. 8, p. 10-29, 2017.

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf.Acesso em: 3 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil - PNAES. Diário Oficial da União: Brasília, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7234.htm. Acesso em: 4 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.711 de 29 de agosto de 2012.** Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 30 ago. 2012.

BRASIL. **Lei nº 18.871 de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 22 out. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014.

CAOVILLA F; LEITZKE L; MENEZES HS; MARTINEZ PF. Perfil do egresso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (Ulbra). **Revista da AMRIGS**, v. 52, n. 2, p. 103-109, abr./jun. 2008.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 885-910.

CARDOSO FILHO, F. A. B. *et al.* Perfil do Estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. **Rev. Bras. Educ. Med**., Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 32-40, mar. 2015.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde na integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. *In*: PINHEIRO, R., CECCIM, R. B.; MATTOS R. A. **Ensinar saúde:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ/ABRASCO, 2011. p. 69-92.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). **Demografia Médica no Brasil**. V. 1. Dados gerais e descrições de desigualdades. Relatório de pesquisa, 2011.

CORREA, D. R. *et al.* Medicina como Nova Graduação: Motivações, Dificuldades e Expectativas. **Rev. bras. educ**. **med.,** Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 226-233, jun. 2016.

DÍAZ, E. S.; GÓMEZ, D. A. Una aproximación psicosocial al estrés escolar. **Educación y educadores**, v. 10, n. 2, p. 11-22, 2007.

FERREIRA, R. A.; PERET FILHO, L. A.; GOULART, E. M. A.; VALADÃO, M. M. A. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 46, n. 3, p. 224-231, set. 2020.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. *In*: CAPOZZOLO, A. A; CASSETO, S. J.; HENZ, A. O. (ed.). **Clínica comum:** itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 35-58.

FIOROTTI, K. P.; ROSSONI, R. R.; MIRANDA, A. E. Perfil do estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. **Rev. Bras. Educ. Med.,** Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 355-362, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2019.

FÓRUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS. **Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior**. Brasília, 2011.

GRANER, K. M.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. Revisão integrativa: Sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1327-1346, 2019.

GUEDES C. M. A presença feminina nos cursos universitários e nas pós-graduações: desconstruindo a ideia da universidade como espaço masculino. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, Supl., p.117-132, jun. 2008.

IMPERATORI, T. K. A trajetória da assistência estudantil na educação superior brasileira. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 129, p. 285-303, maio/ago. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Mulher no mercado de trabalho:** perguntas e respostas. Pesquisa mensal de emprego – PME. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

LAMOUNIER J. A.; TORGA, A. L. G. F.; LEITE, G. L. F. Características e conceitos dos formandos do Curso de Medicina da UFMG. **Pediatria** (São Paulo), v. 24, n. 3/4, p. 85-92, 2002.

MEIRELES, M. A. C.; FERNANDES, C. C. P.; SILVA, L. S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Brasília, v. 43, n. 2, p. 67-78, jun. 2019.

MONZÓN, I. M. Estrés académico en estudiantes universitarios. **Apuntes de Psicología,** v. 25, p. 87-89, 2007.

NIEROTKA, R. L. **Políticas de acesso e ações afirmativas na educação superior**: a experiência da Universidade Federal da Fronteira Sul. [dissertação de mestrado]. UFFS, 2015. Disponível em: https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/719. Acesso em: 26 jun. 2019.

OSPINA J. O. Perfil del estudiante del Instituto de Ciencias de la Salud (CES) – 1990-1991. **CES Medicina**, Norteamérica, v. 8, n. 1, nov. 2012.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, p. 286, 2018. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SILVA, M. A. L. M. *et al.* Influência de Políticas de Ação Afirmativa no Perfil Sociodemográfico de Estudantes de Medicina de Universidade Brasileira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 36-48, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL (UFFS). Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis. **Bolsa Permanência**. 2019a. Disponível em: https://www.uffs.edu.br/institucional/pro-reitorias/assuntos-estudantis/bolsas-1/bolsa_permanencia. Acesso em: 4 maio 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL (UFFS). Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis. **Bolsa Cultura**. 2019b. Disponível em: https://www.uffs.edu.br/institucional/pro-reitorias/assuntos-estudantis/bolsas-1/bolsa_cultura. Acesso em: 4 maio 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL (UFFS). Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis. **Auxílios socioeconômicos**. 2019c. Disponível em: https://www.uffs.edu.br/institucional/pro-reitorias/assuntos-estudantis/auxilios-socioeconomicos/apresentacao-dos-auxilios-socioeconomicos. Acesso em: 4 maio 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL (UFFS). Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis. **Relação de bolsas homologadas Programa Bolsa Permanência - 2019.** 2019d. Disponível em: https://www.uffs.edu.br/institucional/pro-reitorias/assuntos-estudantis/repositorio-pro-reitoria-de-assuntos-estudantis/relacao-de-bolsas-homologadas-programa-bolsa-permanencia-2019. Acesso em: 30 mar. 2019.

14 PESQUISA SOBRE ATIVIDADE FÍSICA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Angélica de Almeida
Felipe Ongaratto
Letícia de Souza e Silva
Marcelo Tedesco Vidal Pinto
Renan Martinelli Leonel
Paulo Henrique Guerra

1 INTRODUÇÃO

No início do primeiro semestre de 2017, quatro estudantes da segunda fase do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul do *Campus* Chapecó vincularam-se a um orientador do componente curricular de Saúde Coletiva, com o intuito de desenvolver uma pesquisa na temática da atividade física na primeira infância. Cabe especificar que, para os fins deste estudo, estipulou-se previamente que a "primeira infância" seria caracterizada pela fase pré-escolar das crianças com idade igual ou inferior a seis anos de idade.

Nas reuniões iniciais, os componentes do grupo estreitaram seus interesses apresentando motivações, dúvidas e curiosidades pessoais relacionadas ao tema. A partir desse diálogo, foi elaborado um cronograma, que partiria desde a apresentação do contexto mais ampliado sobre a saúde e desenvolvimento integral das crianças, nessa fase da vida, até a elaboração de um artigo científico.

O estudo inicial da temática foi norteado pelos textos de uma série à época recente, intitulada "*Advancing Early Childhood Development: from*

Science to Scale", publicada em 2017 no *The Lancet*[1], que permitiriam uma visão mais ampliada sobre as condições de saúde e especificidades da primeira infância. Os discentes receberam os artigos de Black et a*l. (*2017), Brito *et al. (*2017) e Richter *et al.(*2017) e ficaram responsáveis pela leitura e elaboração de um seminário.

Na avaliação coletiva, essa experiência inicial foi de grande importância. Não apenas para uma melhor compreensão da temática, que qualificou substancialmente o posterior debate dos temas em questão, mas também em relação ao contato com a literatura escrita em inglês e o desenvolvimento das técnicas de apresentação em público, que são necessários ao longo da jornada de formação acadêmica. Ao aprofundar as discussões e a especificação da temática da atividade física, sobretudo pelo reconhecimento do baixo número de pesquisas disponíveis no continente, decidiu-se coletivamente pela elaboração de uma revisão sistemática da literatura com foco na identificação e sumarização dos níveis de atividade física e comportamento sedentário em pré-escolares sul-americanos.

2 CAMINHOS NORTEADORES DA PROPOSTA

Como passo inicial, após o estabelecimento da pergunta principal da pesquisa, os discentes ficaram incumbidos da montagem de uma lista com palavras-chave identificadas em artigos previamente lidos e discutidos, posteriormente finalizada em uma reunião coletiva. Tomando-os como base, em 8 de maio de 2017, a partir da inserção destes termos em quatro bases de dados eletrônicas, foram recuperados 582 artigos. Em um segundo momento, após sua organização na plataforma de gerenciamento *EndNote* Web[2] foram identificados 166 registros duplicados, o que encaminharia 416 artigos para avaliação por títulos e resumos.

1 Disponível em: https://www.thelancet.com/series/ECD2016
2 Disponível em: https://access.clarivate.com/login?app=endnote

Após treinamento, os discentes foram divididos em duas duplas, que trabalhariam individualmente na análise de 208 títulos e resumos cada, assim como na criação de uma planilha de registro desta atividade. Nessa planilha, cada discente, dentro do seu conjunto de estudos, os classificaria como "incluídos", "dúvidas" ou "excluídos", respeitando-se que eram procurados artigos que avaliaram níveis de atividade física e comportamento sedentário na América do Sul em crianças entre zero e seis anos. Em relação aos artigos com avaliação conflitante (aceito por um e negado por outro avaliador), eles foram determinados quanto a sua elegibilidade em uma reunião posterior, de consenso, envolvendo também o professor orientador.

Ao término desta etapa, avaliou-se que este processo de leitura foi muito importante, no sentido de aumentar a experiência dos discentes em relação à objetividade nas formas de comunicação científica, assim cmoo em relação aos modos como ela é publicada. Ainda em vista das discrepâncias entre os revisores ao longo do processo de avaliação, reuniões de consenso com o orientador foram realizadas, no sentido de determinar a elegibilidade dos trabalhos avaliados. Os discentes aproveitaram muito estas reuniões de consenso, mesmo que cansativas, sobretudo pela oportunidade de projetarem, para o futuro, as situações em que suas condutas e pensamentos seriam refletidos, ponderando-se também pela importância de escutar as ideias e experiências alheias.

Desta primeira fase, remanesceram 71 artigos, que deveriam ser avaliados pelos seus textos integrais. Uma nova planilha foi elaborada, extraindo-se todos os dados relevantes do artigo para a revisão, destacando-se: o tamanho da amostra; a faixa etária e a média de idade; o percentual de meninas da amostra; a metodologia utilizada na avaliação da atividade física e o comportamento sedentário; por conseguinte, os

resultados principais, baseados nas prevalências de atividade física e de comportamento sedentário na faixa etária em questão.

Ao todo, a síntese deste trabalho resultou na apresentação de 13 artigos originais, desenvolvidos na Argentina, no Brasil e no Chile, tendo como seu grande potencial o apontamento dos passos futuros que podem ser trilhados nas pesquisas com pré-escolares na especificidade do continente. O artigo foi aceito em 2018 e publicado na Revista Paulista de Pediatria logo no início de 2020, nos idiomas português e inglês (GUERRA *et al.*, 2020). Para uma melhor robustez do texto, foram celebradas colaborações com pesquisadores do Instituto Federal do Ceará e da Universidade de São Paulo.

3 INSERÇÃO DO PRODUZIDO NO DEBATE SOBRE O TEMA

O componente de Saúde Coletiva, na Universidade Federal da Fronteira Sul, apresenta-se com conceito inovador de utilizar da pesquisa como estratégia de ensino. Desse modo, é garantida ao estudante a oportunidade de realizar pesquisas de diversos temas e diversas metodologias durante o horário previsto para aula, fortalecendo seu processo de formação pela abordagem de temáticas variadas e de alta relevância científica, social e cultural. Essa abordagem prática, com viés pedagógico, garante ao estudante grande imersão no mundo da ciência, ampliando sua visão sobre o "fazer ciência" e desmistificando informações que não estão amparadas por evidências científicas.

Mesmo que o grupo tenha alcançado como produto uma publicação em uma revista de considerável interesse na temática, o foco da pesquisa no componente curricular não é a publicação em si, e, sim, a vivência e apreensão de técnicas de pesquisa, o que garante interesse e leveza em seu desenvolvimento, aumentando a possibilidade de se obter um bom

artigo e, respectivamente, uma boa publicação. Além disso, como não há um limitante de tempo, pode-se realizar uma pesquisa de seis meses, um ano ou três anos, a depender das reflexões e dos aprendizados do grupo. O viés pedagógico também nos impulsiona a compartilhar de nossos dons com os colegas e aprender com seus dons. Como se trata de um trabalho em grupo, é sabido que há diversas limitações individuais, as quais podem ser melhoradas com o tempo e a coletividade existente no grupo, cumprindo, assim, o principal papel da pesquisa: o ensino.

De modo mais prático, todas as atividades vivenciadas ao longo desses anos de desenvolvimento do artigo nos proporcionaram um conhecimento empírico de uma parte crucial em toda e qualquer pesquisa realizada: a revisão bibliográfica. Atualmente, é impossível realizar uma boa pesquisa sem fazer uma revisão bibliográfica mais abrangente. A revisão nos garante integração com o tema, aumento do conhecimento, discussões com diferentes pontos de vista quanto à inclusão ou não de uma determinada fonte, e nos garante uma abertura para o desenvolvimento de várias outras pesquisas futuras.

Além do mais, todo o processo de busca de artigos com palavras-chave, exclusão inicial de artigos não relacionados ao tema, leitura completa dos artigos restantes e escrita do artigo final nos garante o desenvolvimento de diversas habilidades. Entre tais habilidades, destacam-se: leitura e interpretação de textos (principalmente em língua estrangeira); aumento do senso crítico quanto à qualidade dos artigos lidos; leitura direcionada a dados específicos; foco e implementação de metas (devido à ausência de um período específico para o término da pesquisa); discussão e defesa de um ponto de vista, baseado em achados de cada leitura individual e interpretação pessoal; desenvolvimento da humildade para ceder em um ponto de vista errôneo, que poderia não garantir total relevância ao produto final.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário compreender que a grande parte do conhecimento científico que se encontra em posse dos mais diversos povos é advinda de incontáveis trabalhos desenvolvidos ao longo do tempo, por pessoas com o desejo desvendar os mistérios do universo e descobrir soluções que tragam uma melhor qualidade de vida à população. Dessa forma, o trabalho desenvolvido por este coletivo configura-se como mais uma pequena contribuição a ser agregada ao corpo de saberes já disponível. Espera-se também que ele possa servir de inspiração e orientação para o aprendizado de outros.

REFERÊNCIAS

BLACK, M. M. *et al.* Early childhood development coming of age: science through the life course. **Lancet**. v. 389, p. 77-90, 2017.

BRITO, P. R. *et al.* Nurturing care: promoting early childhood development. **Lancet**. v. 389, p. 91-102, 2017.

GUERRA, P. H. *et al.* Revisão sistemática dos indicadores de atividade física e de comportamento sedentário em pré-escolares sul-americanos. **Rev. Paul. Pediatr.** v. 38, e2018112, 2020.

RICHTER, L. M.; DAELMANS, B. LOMBARDI, J. *et al.* Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. **Lancet**. v. 389, p. 103-118, 2017.

15 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SERVIÇO DE ATENÇÃO E TERAPIAS À SAÚDE DO TRABALHADOR DE CHAPECÓ-SC, 2017-2018: AVALIAÇÃO DOCUMENTAL

Maíra Rossetto
Maria Eneida de Almeida
Tamíres Hillesheim Mittelmann
Tammy Stephanie Massolin Albrecht Costa
Marcos Vinicius Perez Lovatto
Lorraynne Camila Moreira
Rita de Kássia Soares Pinheiro
Solange de Fátima Cardozo Daneluz
Adriana Remião Luzardo

1 INTRODUÇÃO

Racionalidades médicas são conceituadas como sistemas médicos complexos com seis dimensões: uma cosmologia; uma morfologia humana; uma dinâmica vital; uma doutrina médica; um sistema diagnóstico; um sistema terapêutico. Dentre essas racionalidades, encontram-se a medicina ocidental contemporânea, a medicina homeopática, a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurvédica e a medicina antroposófica. Neste contexto, a medicina ocidental contemporânea é conhecida como biomedicina, fazendo parte do paradigma *flexneriano*/biomecânico, e possui hegemonia no ocidente. Isso porque, neste hemisfério, é assumida como a única portadora de racionalidade, na medida em que a racionalidade, nesta cultura, é assimilada à cultura científica (LUZ, 2012).

O paradigma biomecânico tem como objeto de estudo a doença e como objetivo sua eliminação. Em contraponto, as demais racionalidades médicas relacionam-se com o paradigma vitalista, o qual possui como objeto o sujeito desarmonizado ou energeticamente desequilibrado e tem como objetivo restaurar a saúde pelo restabelecimento do equilíbrio energético. Dessa forma, a perspectiva vitalista é essencialmente integradora, por estar centrada tanto na experiência de vida do paciente como na sensibilidade do terapeuta em detectar sinais de desequilíbrio (LUZ; BARROS, 2012a; LUZ; BARROS, 2012b).

Levando isso em conta, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua como Medicina Tradicional (MT) as formas de saber e de práticas antigas elaboradas dentro de uma cultura ou da história de um povo/uma sociedade, isto é, são formas populares de cuidado em saúde (OMS, 2001). Como exemplo, tem-se a medicina indígena no Brasil, a medicina ayurvédica na Índia, entre outros. Já para o Centro Nacional de Saúde Complementar e Integrativa (NCCIH) dos Estados Unidos, o termo utilizado é o de Medicina Alternativa e Complementar (MAC). Nesse contexto, alternativa significa a substituição da biomedicina por práticas das demais racionalidades e complementar quando elas são utilizadas em conjunto com a biomedicina. Ainda existe outro termo – "integrativa" –, que se aplica quando as medicinas são usadas de forma conjunta e coordenada, baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia. No Brasil, o termo utilizado é o de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

As orientações mais recentes da OMS sobre a inserção de práticas corporais e mentais provenientes de outras racionalidades médicas estão registradas no documento *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional, 2014-2023*, que objetiva: i) desenvolver uma base de conhecimentos para a gestão de Medicina Tradicional e Complementar por meio

de políticas nacionais apropriadas; ii) fortalecer a garantia de qualidade, segurança, utilização e eficácia mediante regulamentação de produtos, práticas e profissionais; iii) promover a cobertura universal por meio de uma apropriada integração de serviços com outras medicinas na prestação de serviços de saúde e autocuidado (BRASIL, 2013).

No Brasil, após o desenvolvimento de uma pesquisa, a partir de 2003, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS) lançou, em 03 de maio de 2006, a Portaria 971, que institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC-SUS) (BRASIL, 2006). Esta política inseriu o país na vanguarda das práticas integrativas em sistema oficial de saúde no âmbito das Américas e atende às diretrizes centrais da OMS que se fundam no caráter multiprofissional do campo, avançando na abertura para a institucionalização das práticas integrativas e complementares no Brasil (BRASIL, 2008).

Com este avanço institucional, as racionalidades médicas medicina tradicional chinesa, medicina homeopática e medicina antroposófica, bem como os recursos terapêuticos – práticas de diferentes sistemas médicos complexos – plantas medicinais/fitoterapia e o termalismo social-crenoterapia foram oficialmente integrados ao SUS (BRASIL, 2006). No ano de 2017, foram incluídas mais 14 práticas e, em 2018, outras 10, totalizando 29 modalidades (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b; BRASIL, 2018). As ações para implementação das práticas buscam ampliar a oferta de serviços de forma segura, por profissionais de saúde qualificados, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, promovendo maior resolutividade da atenção na Atenção Primária à Saúde (APS) em toda a Rede SUS.

A PNPIC-SUS visa garantir um dos princípios constitucionais: a integralidade na atenção à saúde. Ao atuar nos campos da prevenção, pro-

moção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade, esta política vem contribuir para o fortalecimento da APS e para a permanente construção do SUS. A aprovação dessa política desencadeou o desenvolvimento de ações, programas e projetos em todas as instâncias governamentais, pela institucionalização destas práticas no SUS, restritas anteriormente à área privada e/ou conveniada (BRASIL, 2011).

O Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (SAST), inserido na Gerência de Atenção Especializada (GAE) da Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) da Secretaria de Saúde do Município de Chapecó (SESAU) é um serviço de referência em saúde do trabalhador, que tem como objetivo central o de contribuir para a melhoria da qualidade e das condições de vida dos trabalhadores encaminhados pela Rede de Atenção à Saúde. São observadas suas condições biopsicossociais, com instrumentos terapêuticos que priorizam uma visão ampliada do ser humano, bem como valorizam o autocuidado, com o uso das PICS.

O SAST, no ano de 2018, passou a se chamar Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador, tem como visão ser um serviço de referência reconhecido como a melhor opção para o trabalhador acometido por doenças e acidentes relacionados ao trabalho. O funcionamento e os recursos humanos são mantidos com recursos do Fundo Municipal de Saúde. A dinâmica deste serviço se baseia em uma equipe multiprofissional que desenvolve ações de promoção da saúde e reabilitação, com enfoque tanto no atendimento individual quanto no coletivo, a depender das condições do trabalhador, da extensão da patologia, ou seja, busca-se atender a realidade pessoal, social e profissional do trabalhador.

A missão de reabilitar física e emocionalmente os trabalhadores numa perspectiva biopsicossocial proporciona o resgate do equilíbrio e da harmonia da energia pessoal e coletiva, cujas atividades desenvol-

vidas no serviço são: avaliação médica; consulta de enfermagem; fisioterapia; fonoaudiologia; terapia ocupacional; psicoterapia; condicionamento físico (prática corporal, atividade física e recreativa externa); acompanhamento nutricional; grupos terapêuticos; terapia comunitária e serviço social. Na área das PICS, são disponibilizados os seguintes tratamentos: massoterapia; auriculoterapia; acupuntura; homeopatia; reiki; florais. E está em desenvolvimento a prática do uso de Plantas Medicinais e Fitoterapia.

A Programação Anual de Saúde 2014-2017 do Município de Chapecó previu as PICS nas suas estratégias, para apoio e fortalecimento da inclusão na Atenção Básica e Especializada. Não existia, no momento, uma parceria interinstitucional entre a UFFS e a SESAU que tivesse como foco principal as PICS. Dentro de uma perspectiva de curto prazo e diante de encontros realizados entre docentes da UFFS e a gestão do SAST/SESAU, surgiu a intencionalidade de realizar uma pesquisa acadêmica para levantamento de dados acerca das atividades oferecidas por este serviço na área das PICS, a fim de gerar produção científica e qualificar crescentemente o setor. Tal pesquisa, enquanto desenvolvimento e realização, poderá construir os alicerces que visem uma parceria interinstitucional para construção de um Programa de Extensão em médio-longo prazo, para a formação de acadêmicos dos cursos de graduação da UFFS, na perspectiva do fortalecimento da PNPIC e do trabalho em equipe multiprofissional.

Esta pesquisa está contida em um projeto "guarda-chuva", denominado As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) em Chapecó: o desenvolvimento das atividades do Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (SAST) da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), 2012-2016. Trata-se de um projeto que tem como objetivo geral analisar o trabalho desenvolvido com Práticas Integrativas e Complementares pelo Serviço

de Atenção à Saúde do Trabalhador da Secretaria de Saúde de Chapecó, no período 2012-2016.

A avaliação documental, que o presente texto aborda, é um dos objetivos específicos desta pesquisa: “avaliar acesso, fluxos do serviço e instrumentos utilizados para coleta de informações dos usuários” que usam as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador, na SESAU, Chapecó (SC).

2 CAMINHOS PERCORRIDOS PARA OBTENÇÃO DOS DADOS

Foi realizada uma pesquisa documental no período de agosto a dezembro de 2018, no Serviço de Atenção à Saúde e Terapias do Trabalhador (SAST), por meio da análise de documentos impressos e eletrônicos disponibilizados pelos profissionais que realizam atendimentos utilizando-se das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). A pesquisa documental é entendida nas pesquisas em ciências sociais por imprimir um enfoque plural para a questão: “a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador” (MINAYO, 2008, p. 22). Esse fundamento se aplica às pesquisas de um modo geral e no campo da utilização de documentos não é diferente. Portanto, pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos.

A coleta e análise dos documentos foi feita seguindo as etapas: 1. Avaliação preliminar dos documentos, a qual se constituiu pela avaliação do contexto histórico e da conjuntura socioeconômico-cultural que propiciou a produção de um determinado documento e o universo sociopolítico do autor e daqueles a quem ele o produziu, independentemente da

época em que tenha sido produzido o conteúdo. 2. O autor, uma vez que é imprescindível conhecer a identidade da pessoa que se expressa, seus interesses e os motivos que a levaram a escrever. É também interessante notar se este autor fala por si mesmo ou em nome de um grupo social. 3. A autenticidade e a confiabilidade do texto, pois é importante assegurar a qualidade da informação transmitida, ou seja, verificar a procedência do documento. 4. A natureza do texto, já que é importante entender qual a abertura do autor, os subentendidos e a estrutura de cada tipo de texto e isso influencia no entendimento de cada contexto escrito. 5. Os conceitos-chave e a lógica interna do texto, isto é, reconhecer os conceitos-chave presentes no texto e buscar identificar a importância e sentido de cada um no contexto apresentado. 6. Análise documental, que se caracteriza por ser a etapa de produção ou reelaboração dos conhecimentos a partir dos documentos (objetos da pesquisa) obtidos. Nesta etapa, é necessário interpretar o conteúdo dos documentos e sintetizar as informações coletadas, de maneira que seja possível inferir algo não somente dos documentos isolados, mas também do conjunto deles (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

O SAST é um serviço de atenção especializada, responsável por desenvolver ações de atenção integral à saúde dos trabalhadores do município de Chapecó submetidos a riscos e agravos decorrentes das condições de trabalho, com atendimento individual e coletivo por equipe multiprofissional. Foi implantado a partir de parceria entre o Ministério do Trabalho e a Secretaria de Saúde, com Termo de Ajuste de Conduta aplicado à empresa local no ano de 2011. Sua inauguração ocorreu em janeiro de 2012. Com esse serviço, foi possível organizar o fluxo do atendimento ao trabalhador articulado com a atenção básica, por meio dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) e das Equipes de Saúde da Família (ESF).

O serviço, em agosto de 2018, contava com uma equipe multiprofissional nas seguintes especialidades: uma médica do trabalho que também atua como homeopata; três fisioterapeutas; um nutricionista; uma fonoaudióloga; um terapeuta ocupacional; duas psicólogas; um assistente social; uma educadora física; uma enfermeira; uma pedagoga; um auxiliar administrativo; um auxiliar de serviços internos; quatro acadêmicos bolsistas do curso de Fisioterapia; quatro acadêmicos do curso de Psicologia em campo de estágio nas áreas de Psicodiagnóstico, Psicologia Clínica, Organizacional e Trabalho e Psicologia Social Comunitária. Oferece Atendimento Fisioterápico convencional e nas Terapias Complementares Integrativas (Massoterapia, Auriculoterapia, Acupuntura, Homeopatia, Reiki e florais).

A atividade de pesquisa foi organizada como prática de pesquisa do componente de Saúde Coletiva V, contando com encontros que ocorreram ao longo do segundo semestre de 2018. No dia 20 de agosto de 2018, os estudantes reuniram-se com a docente responsável para a leitura do projeto e dos materiais teórico-metodológicos sobre pesquisa documental. No dia 29 de agosto, o grupo começou as atividades na Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó (SESAU), com a busca de materiais na sala da médica homeopata. No dia 03 de setembro, também na SESAU, ocorreu a busca de materiais com o cirurgião dentista e a secretária do SAST. No dia 29 de outubro, o grupo de trabalho pôde fazer a leitura e análise dos materiais já coletados e, no dia 28 de novembro, foi realizada a última visita à SESAU, ocasião em que os estudantes puderam conversar com a fisioterapeuta, com a pedagoga e com a fonoaudióloga. O mês de dezembro foi reservado para a finalização da análise dos documentos e escrita dos relatórios da pesquisa documental.

Foram visitados os consultórios onde são realizados os atendimentos individuais e foi possível visualizar livros, manuais, formulários, prontuários que estavam dispostos em mesas e armários. Alguns profissionais mostraram arquivos que estavam disponíveis apenas no computador, tais como prontuários eletrônicos, livros e formulários para organização dos dados.

Quanto ao acesso dos usuários ao serviço, foi possível perceber, por meio da análise dos documentos, que os usuários da rede são encaminhados ao serviço de PICS a partir da atenção básica e especializada. Os especialistas que mais referenciam são reumatologistas e neurologistas. Após consultar na Unidade de Saúde ou outro ponto da rede, o usuário que tiver necessidade é encaminhado, por meio de uma solicitação feita pelo SISREG do município de Chapecó. Nessa primeira consulta realizada pelo profissional, ele definirá qual será o atendimento necessário e as práticas que podem ser adotadas para cada caso.

Durante a realização da pesquisa, o sistema de encaminhamento dos usuários ao SAST foi modificado, sendo implantado no município de Chapecó o SISREG, um software disponibilizado pelo DATASUS do Ministério da Saúde, que busca o gerenciamento de todo o Complexo Regulatório, desde a atenção primária até a terciária. Além disso, integra a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. A classificação de prioridade no SISREG é dada por cores, sendo três prioridades: vermelha, de maior risco; amarela, risco intermediário; verde, baixo risco ou eletivo (CORDEIRO, 2016).

Quanto aos fluxos do usuário no SAST, são realizadas dez (10) sessões, que ocorrem semanalmente como padrão para todos os encaminhamentos. Entretanto, caso o paciente tenha uma boa evolução pode

ser realizado um número menor. E, se forem necessárias mais sessões, há necessidade de um novo encaminhamento via Centro de Saúde da Família (CSF) de origem. A partir dos encaminhamentos, organiza-se a agenda dos profissionais. Caso ocorram faltas, é feita uma busca ativa por meio de telefonemas para evitar que elas se repitam. Se o usuário faltar mais de três vezes seguidas, sem justificativa, perde o direito de finalizar as sessões e é necessário um novo encaminhamento via CSF de origem. Além disso, quando o usuário é encaminhado ao serviço, precisa assinar um termo de responsabilidade declarando comparecer às consultas e justificar suas faltas quando ocorrerem.

A consulta completa dura em torno de uma hora e se constitui de uma avaliação do estado geral do paciente antes do tratamento, que dura no mínimo 30 minutos e uma avaliação posterior à sessão para visualizar como o paciente se sente. A regulação feita pelo SISREG em relação às consultas do SAST funciona por meio de uma fila única, e os médicos reguladores, cada um atuando em determinada especialidade, avaliam os dados clínicos dos pacientes a partir do prontuário eletrônico e definem a ordem da fila. A partir da autorização do requerimento das sessões de PICS, agenda-se uma data, e a agente comunitária de saúde da área de abrangência do CSF entrega o documento impresso para o usuário. Para as consultas de retorno, o horário é marcado na recepção do SAST.

Dessa forma, apesar de se tornar mais burocrático, possibilita-se o acesso de todos os profissionais, assim como é um modo mais coerente de organizar a lista de atendimento, considerando-se que a fila de espera é de acordo com a escala de prioridade, ou seja, usuários que possuem casos mais urgentes serão atendidos primeiro.

Quanto aos instrumentos utilizados para coleta dos dados dos usuários, os profissionais mostraram documentos que foram desenvolvidos pelo SAST e que sofrem modificações ao longo do tempo, quando

necessário. Conforme dito anteriormente, há o termo de responsabilidade que todos os pacientes devem assinar ao iniciar o tratamento, um prontuário *online* em que constam as informações básicas do paciente, os dados clínicos e o objetivo do encaminhamento ao serviço. Também há uma ficha de evolução na qual são relatados apontamentos de relevância clínica conforme o tratamento segue.

No que diz respeito ao atendimento, a fisioterapeuta e acupunturista nos informou que ela utiliza três fichas. A primeira ficha está relacionada com a consulta de acolhimento, que é a ficha padrão utilizada para a avaliação do paciente dentro das PICS, já mencionada. A segunda e a terceira ficha foram desenvolvidas por ela mesma e, segundo nos informou, são mais completas e direcionadas ao tratamento via acupuntura.

Além disso, a médica homeopata possui um prontuário pessoal no qual registra os dados dos pacientes. Há também outros instrumentos elaborados e utilizados pelos profissionais de modo individual, o que gera diferenças no atendimento de cada pessoa. Os instrumentos utilizados pelos profissionais não estavam unificados por área de atuação profissional, sendo que cada um usava seus próprios instrumentos de registro. Por fim, cada profissional utiliza suas próprias literaturas para nortear suas práticas, o que é definido por diferentes correntes teóricas de pensamento.

Após visitar o serviço, pôde-se perceber que não há nenhum protocolo do Ministério da Saúde ou do próprio município que seja capaz de ordenar o atendimento. Sendo assim, os profissionais elaboraram uma ficha de atendimento, mas que também não é utilizada por todos eles, tendo em vista que alguns preferem fazer suas próprias fichas. Verificam-se diferentes tipos de instrumentos utilizados pelos profissionais para a anamnese e exame físico, bem como para a definição das condutas a serem implementadas. Os instrumentos que foram apresentados durante

a realização da análise documental são diferentes dos instrumentos que, inicialmente, foram apresentados pela coordenadora do SAST.

Levando-se em conta a falta de uma padronização nos atendimentos, é importante salientar que a utilização de protocolos assistenciais está diretamente relacionada à maior qualidade do atendimento em saúde. Assim, os protocolos assistenciais são definidos como orientações sistematizadas baseados nas diretrizes e evidências da literatura e elaborados por especialistas de uma instituição na qual serão implementados. Eles levam em conta os pontos críticos e básicos de tomada de decisão e são um retrato do que precisa ser feito no ciclo do cuidado do paciente (HINRICHSEN, 2012; SILVA *et al.*, 2017).

Mediante uma assistência sistematizada com uso destes protocolos, é possível prover evidências objetivas, avaliar a eficácia e a contínua adequação do sistema de gestão com a geração de indicadores de qualidade, entre outros. Os protocolos devem cumprir três funções: 1 - gerencial (controlar a lei da variabilidade clínica nos serviços de saúde, instrumentalizar os profissionais na tomada de decisão, homogeneizar as condutas clínicas); 2 - educacional (produto de treinamentos e educação); 3 - comunicação (educar os profissionais e o paciente/usuário em relação às condições da doença e saúde) (HINRICHSEN, 2012; SILVA *et al.*, 2017).

Considerando que os protocolos são planos diagnósticos e terapêuticos para serem cumpridos, como instrumentos transparentes de avaliação e comunicação, assim como importantes ferramentas no processo da visualização da qualidade assistencial, servindo para evidenciar a eficácia dos resultados, nos estudos, observa-se que a construção e implementação dos protocolos assistenciais pode ser uma importante estratégia tática e operacional no ciclo do cuidado multiprofissional (BRASIL, 2010; HINRICHSEN, 2012; MAKDISSE *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2017).

Outro aspecto notado durante as visitas foi a organização de uma equipe multiprofissional que há dentro deste serviço, que pode ser conceituada como uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 1998). Este trabalho, além de ser multiprofissional, é também interdisciplinar, caracterizando-se como um ponto positivo para o serviço, tendo em vista ser praticamente impossível um único profissional atender a todas as demandas de saúde de um usuário. Sendo assim, um serviço como o observado no SAST/SESAU, em que os profissionais conversam entre si sobre os casos e até mesmo repassam pacientes entre uma área e outra, é fundamental e torna os serviços mais efetivos e resolutivos, pois abrange o paciente de forma mais integral (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização da pesquisa que deu origem a este capítulo, o sistema de encaminhamento dos usuários ao SAST foi modificado, mudando da regulação feita pelo município para o SISREG. Também ocorreu uma mudança na coordenação do SAST, o que pode ter influência na organização desse serviço de saúde.

A pesquisa documental possibilitou observar que os instrumentos utilizados pelos profissionais que trabalham no serviço são diferentes, bem como as referências utilizadas por cada um para nortear suas práticas, o que pode gerar disparidades no atendimento e influenciar nos fluxos e acesso dos usuários ao serviço. Sugere-se que seja elaborado um protocolo ou guia que oriente os trabalhadores do serviço sobre o

uso dos instrumentos, pois isso pode facilitar a organização do trabalho e também facilitar a execução de futuras pesquisas, considerando que a existência de diferentes instrumentos dificulta a coleta e análise desses dados. Uniformizar os instrumentos pode ser visto como uma oportunidade de manter as práticas realizadas no serviço quando novos profissionais ingressam em atividades no SAST.

A avaliação das atividades de PICS realizadas no SAST poderá fundamentar as articulações interinstitucionais com os cursos de saúde da UFFS, em suas vivências, estágios e pesquisas, bem como consolidar conhecimento científico, no sentido de se criar condições para formação dos estudantes nessa área, que sejam comprometidos com a valorização do conhecimento popular, com a sociedade e com o fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão 2006/2010**: Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006: aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 maio 2006. Seção 1, p. 20-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 mar 2018. Seção 1, p. 65.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. Volume 2. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terap euticas_v2.pdf. Acesso em: 19 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS):** atitude de ampliação de acesso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jan. 2017. Seção 1, p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mar. 2017, Seção 1, p. 68.

CORDEIRO, M. F. **SISREG**: uma ferramenta de desafios e avanços para a garantia do direito a saúde. 2016. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: https://bdm.unb.br/handle/10483/12631. Acesso em: 10 abr. 2019.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1421-1428, 2009.

HINRICHSEN, S. L. **Qualidade & Gestão de Riscos Segurança do Paciente**. Rio de Janeiro: Medbook, 2012.

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: uma análise sócio-histórica e suas relações com a cultura atual. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, M.; CARVALHO, Y. M. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012a. p. 317-340.

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (org.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde***:* estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012b.

LUZ, M. T. **Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde**: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas.

In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (org.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde***:* estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p. 15-24.

MAKDISSE, M. *et al.* Efeito da implementação de um protocolo assistencial de infarto agudo do miocárdio sobre os indicadores de qualidade. **Einstein**, v. 11, n. 3, p. 357-363, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1998.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J.F.. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n.1, p. 1-15, 2009.

SILVA, J. A. S. V. *et al.* Glosas hospitalares e o uso de protocolos assistenciais: revisão integrativa da literatura. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 66, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). E**strategia de la OMS sobre medicina tradicional** 2002-2005, OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional,** 2014-2023, OMS, 2013.

16 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR (SAST) DE CHAPECÓ: A EXPERIÊNCIA DA PESQUISA DE CAMPO NO COMPONENTE CURRICULAR DE SAÚDE COLETIVA

Paulo Roberto Barbato
Eduardo de Camargo Schwede
Laura Nyland Jost
Matheus Ribeiro Bizuti
Adriana Remião Luzardo
Maria Eneida de Almeida

1 INTRODUÇÃO

A estruturação dos Componentes Curriculares Regulares (CCR) de Saúde Coletiva no Curso de Medicina, do *Campus* Chapecó da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), tem como um de seus eixos estruturantes a pesquisa como estratégia de ensino. Na concepção de Freitas e Gessinger (2008, p. 87), utilizar ferramentas de pesquisa, sem necessariamente executá-la, permite ao estudante vivenciar situações "como o questionamento, a construção de argumentos, a produção escrita e o permanente diálogo entre situações do cotidiano e conteúdos escolares acadêmicos".

Para esta finalidade, trabalhou-se um recorte no projeto de pesquisa intitulado "As práticas integrativas e complementares (PIC) em Chapecó: o desenvolvimento das atividades do Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (SAST) da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), 2012-

2016", do qual se originou este capítulo. Aspectos relacionados às Medicinas Tradicionais, Práticas Integrativas e Complementares e a Política Nacional sobre a temática foram apresentados nos capítulos VIII, IX, X e XV. Sugerimos, portanto, a leitura desses capítulos como forma de contextualizar a temática que embasou o presente texto.

A estratégia de pesquisa no CCR buscou responder a três objetivos específicos do projeto: i) identificar as práticas oferecidas no serviço, bem como o número de atendimentos, número de sessões e número de prescrições; ii) caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários; iii) verificar o bem-estar, o enfrentamento da patologia e a qualidade de vida pelos usuários.

2 A PESQUISA DE CAMPO

Um estudo transversal a partir da análise de dados secundários de registro em prontuário, com coleta retrospectiva, constitui o estudo, que ocorreu na estrutura física do SAST, no 4º andar do prédio da SESAU, em Chapecó. O SAST é um serviço municipal especializado e de referência em saúde do trabalhador de Chapecó. São encaminhados a este serviço trabalhadores que apresentam doenças relacionadas ao trabalho e/ou acidentados no trabalho provenientes dos Centros de Saúde da Família (CSF), dos Centros Integrados de Saúde (CIS) e dos Núcleos de Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Também são atendidos servidores públicos municipais, encaminhados pela equipe do Serviço de Atenção à Saúde do Servidor Municipal (SASSM) e trabalhadores que recebem benefícios do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), encaminhados pelo setor de reabilitação profissional.

Como população de estudo, foram acessadas as fichas que compunham os prontuários dos usuários do serviço. Originalmente, seria exe-

cutado um censo dos registros, porém, algumas dificuldades de acesso fizeram com que a pesquisa não alcançasse a meta preestabelecida, totalizando uma amostra de 186 prontuários, passando a se constituir em uma amostra não probabilística por conveniência.

A fim de familiarizar os estudantes com ferramentas de coleta de dados, elaborou-se um instrumento a partir do aplicativo de acesso livre *Epidata Entry*. O formulário criado evitou a necessidade de utilização de material impresso, uma vez que os dados incluídos são armazenados em formato de banco de dados e exportado para diversos formatos.

Nas datas definidas pelo cronograma do CCR, os estudantes deslocaram-se para o SAST e realizaram a coleta dos dados. Em decorrência da diversidade de formas de registro (ou não registro), o processo de coleta tornou-se um complicador enquanto pesquisa, mas com um efeito didático para reflexões posteriores sobre a responsabilidade profissional com o preenchimento dos prontuários.

Outro complicador da coleta de dados foi a mudança na coordenação do serviço no decorrer desta etapa, gerando alterações recorrentes de espaço físico e dificuldade em acessar os prontuários.

As variáveis estudadas foram retiradas das fichas de atendimento de PICS e organizadas em dimensões. Para alcançar tal finalidade, os instrumentos utilizados foram as fichas de atendimento do serviço, que estavam disponíveis nos prontuários dos participantes, sendo incluídos: Ficha de Acolhimento, Avaliação Social, Roteiro para Consulta de Enfermagem e Escala de Mudança Percebida (EMP).

Como primeira dimensão de análise foram organizadas as características sociodemográficas dos usuários do SAST. Os dados qualitativos incluídos foram sexo (feminino e masculino), cor da pele (categorizada em branca, preta, amarela e indígena) e escolaridade de acordo com o nível de ensino ou na categoria de analfabetos. Ainda nesta dimensão os

dados quantitativos incluídos foram a idade em anos completos, que posteriormente foi categorizada em faixas etárias e a renda, coletada de acordo com o registro e, posteriormente, separada pelos respectivo estrato.

A segunda dimensão de análise foram os dados ocupacionais. Para compor foram selecionadas as variáveis qualitativas referentes ao tipo de vínculo profissional e tipo de ocupação.

As características individuais/clínicas (terceira dimensão de análise) foram consideradas no diagnóstico principal do encaminhamento, de acordo com o CID-10, os hábitos (etilismo, tabagismo e drogadição) e a realização de atividades físicas de rotina (sim ou não). Também foram coletadas informações sobre as comorbidades registradas nas fichas de atendimento.

A quarta dimensão de análise comportou os dados relativos aos tratamentos. Registrou-se se o usuário realizava no momento do atendimento algum tratamento farmacológico ou não-farmacológico. Uma terceira categoria foi composta caso houvesse apontamento de ambos os tipos de tratamento. Sobre a prática indicada foram incluídas as seguintes categorias: auriculoterapia, massoterapia, reflexologia, reiki, florais, acupuntura, fitoterapia ou outra modalidade.

A última dimensão incluiu categorias da escala de mudança percebida. Os dados coleados referiam-se ao bem-estar, ao enfrentamento da patologia e à qualidade de vida. A escala para análises desses dados foi composta pelas categorias pior que antes, sem mudança ou melhor que antes.

A EMP, validada por Bandeira *et al.* (2011), foi criada com a finalidade de avaliar os resultados de tratamento em serviços de saúde mental, considerando as mudanças percebidas pelos usuários em algumas dimensões de sua vida. Neste estudo, ela foi usada a fim de identi-

ficar as mesmas dimensões, mas em um serviço de atenção à saúde do trabalhador.

Os dados obtidos no instrumento de coleta de dados foram transferidos para o programa estatístico STATA, versão 11. Previamente às análises, foi elaborado o dicionário de variáveis, codificação e limpeza do banco de dados. Devido à má qualidade dos registros, as variáveis tiveram pouca variação, o que impediu a execução de análises mais robustas que estavam propostas inicialmente, restando a apresentação dos resultados de forma descritiva. Assim, os dados foram apresentados por meio de frequência absoluta e relativa, quando qualitativos e, medidas de tendência central, quando quantitativos.

No desenvolvimento do estudo, foram observadas as normas sobre ética em pesquisa contidas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFFS, recebendo o registro CAAE 68192017.8.0000.5564 e Parecer de aprovação nº 2.103.457, de 6 de junho de 2017.

3 OS USUÁRIOS E O SAST: ACHADOS DA PESQUISA

Foram acessados 186 prontuários dos usuários do SAST no período compreendido entre 2012 e 2016. Não foi possível estimar a representatividade proporcional da amostra alcançada e o cálculo do seu poder, *a posteriori,* uma vez que o próprio serviço apenas estima o número de prontuários. A partir do ano de 2018, o SAST adotou o registro eletrônico dos prontuários, o que pode vir a facilitar o cálculo de tamanho de amostra em pesquisas futuras, a partir de um número real de atendimentos.

3.1 Características sociodemográficas

A média de idade dos usuários pesquisados foi de 44,2 anos (desvio padrão 10,6 anos). O mais jovem, com 19 anos, e o mais idoso, com 69 anos, considerando 184 participantes, uma vez que não constava a idade em dois prontuários.

Os prontuários estudados apontaram uma proporção maior de mulheres (87,1%), sendo que aproximadamente 83% dos pesquisados tinham idade entre 30 e 59 anos. Os dados referentes à cor da pele tiveram registro insuficiente, sendo majoritária (97,3%) a falta de informação. O detalhamento das características demográficas está apresentado na Tabela 1.

Sendo as ações oferecidas pelo SAST complementares a tratamento médico anterior, elas acabam assumindo um aspecto "preventivo", o que pode explicar o maior uso feminino. Pinheiro *et al.* (2002), estudando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, identificaram que existiam pequenas diferenças entre homens e mulheres nas taxas de uso de serviços de saúde com finalidade curativa. Porém, quando se trata de uso preventivo, as mulheres utilizavam mais os serviços de saúde. O mesmo comportamento é observado em internações hospitalares, com maiores taxas femininas, mesmo com a exclusão dos partos.

A maior prevalência do sexo feminino pode corroborar os resultados apresentados em outro estudo. Gomes, Nascimento e Araújo (2007) realizaram estudo qualitativo a fim de analisar as explicações nos discursos masculinos para a baixa procura pelos serviços de saúde. Para os autores, a partir dos discursos, evidencia-se a representação do cuidar-se como tarefa feminina. Os participantes também referiram as questões relacionadas ao trabalho, a dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem como os principais motivos para a menor procura pelos serviços de saúde.

Tabela 1 – Composição demográfica da amostra estudada

Variável	N	%
Sexo	**186**	**100,0**
Feminino	162	87,1
Masculino	24	12,9
Faixa etária	**184**	**100,0**
19-29 anos	18	9,8
30-39 anos	47	25,6
40-49 anos	58	31,5
50-59 anos	49	26,6
60-69 anos	12	6,5
Cor da pele	**186**	**100,0**
Branca	4	2,2
Preta	1	0,5
Sem informação	181	97,3

Fonte: Elaborada pelos autores (2020).

A faixa etária compreendida entre as idades de 40 a 59 anos foi a maior utilizadora do SAST e parece seguir o processo natural do acúmulo de danos com o decorrer dos anos trabalhados, somados às questões da precarização das relações de trabalho, bem como os aspectos ergonômicos.

Outro aspecto demográfico essencial para determinar o perfil dos usuários do SAST é a cor da pele. Neste estudo, foi um dado notadamente negligenciado. Estudo de Sacramento e Nascimento (2011) confirmam a dificuldade na identificação das pessoas, de acordo com a cor da pele, em registros de prontuário. Para as autoras, as representações sociais sobre a cor da pele influenciam na conduta dos profissionais responsáveis pelo registro, prejudicando a análise de morbidade, mortalidade e desigualdades em saúde, uma vez que cor da pele, gênero, processo saúde-doença, educação e nível socioeconômico possuem uma inter-relação e manifestam-se na vida dos grupos populacionais e indivíduos em graus e modos diversos.

Os dados analisados referem-se ao período de 2012 a 2016. A partir de 2017, o registro da cor da pele em prontuários e sistemas de informação passou a ser obrigatório em todos os serviços de saúde, coletado por meio da autodeclaração, seguindo o padrão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com as classificações de branca, preta, parda, amarela ou indígena (BRASIL, 2017).

Ainda na dimensão das características sociodemográficas, as frequências encontradas são apresentadas na Tabela 2, embora um quarto da amostra não apresentava registro da escolaridade. Quanto à renda per capita, em aproximadamente 44% dos prontuários não foram encontradas informações sobre a variável.

Tabela 2 – Condições sociais da amostra de usuários do SAST

Variável	N	%
Escolaridade	**186**	**100,0**
Analfabeta(o)	2	1,1
Ensino fundamental incompleto	44	23,6
Ensino fundamental completo	15	8,1
Ensino médio incompleto	5	2,7
Ensino médio completo	39	21,0
Ensino superior incompleto	4	2,2
Ensino superior completo	30	16,1
Não informado	47	25,2
Renda per capita	**104**	**100,0**
Até R$ 600,00	24	23,1
R$ 600,01 – R$ 800,00	19	18,3
R$ 800,01 – R$ 1.100,00	15	14,4
R$ 1.100,01 – R$ 2.000,00	29	27,9
Maior que R$ 2.000,01	17	16,3

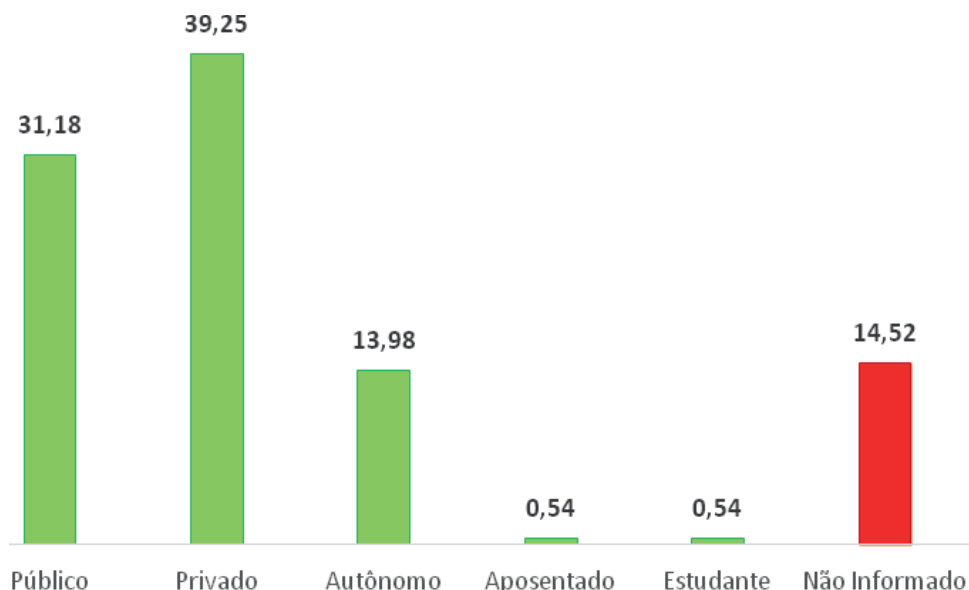
Fonte: Elaborada pelos autores (2020).

Poucos anos de estudo (ensino fundamental incompleto ou completo) foram encontrados em aproximadamente 30% da amostra. Ribeiro *et al.* (2006), a partir dos dados da PNAD 2003, encontraram entre os usuários do SUS que existe predomínio de mulheres, baixa escolaridade e renda. Entre as variáveis socioeconômicas (escolaridade e renda), encontrou-se um gradiente na chance de uso do SUS entre os menos escolarizados e mais pobres. A especificidade do SAST pode justificar os resultados discrepantes, quando comparados à pesquisa nacional, porém é necessário ressaltar que os resultados encontrados divirjam da realidade dos usuários em função da amostra por conveniência.

Foi testada a associação entre a escolaridade e a renda per capita, utilizando o teste do qui-quadrado e verificou-se a existência de uma associação estatisticamente significativa ($p<0,01$) entre as variáveis, indicando uma associação positiva, ou seja, quanto maior a escolaridade, maior a renda per capita. Este resultado corrobora com a literatura e a própria percepção da realidade social brasileira. Salvato, Ferreira e Duarte (2010) investigaram o impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda, a partir dos dados da PNAD 1999. Entre 12% e 36% do diferencial de renda foi explicado pela escolaridade. Segundo os autores, quanto mais elevado o percentil de renda, maior é o efeito da escolaridade sobre tal indicador.

3.2 Dados ocupacionais

Conforme se apresenta na Figura 1, o tipo de vínculo profissional mais prevalente encontrado na amostra foi com empresas privadas.

Figura 1 – Proporção de participantes do estudo de acordo com o tipo de vínculo profissional ou situação laboral

Fonte: Elaborada pelos autores (2020).

Considerando a distribuição das atividades segundo o ramo produtivo, a realidade encontrada foi a seguinte:

1) Dentre aqueles com vínculo público,
    - 41,4% eram vinculados à rede municipal de saúde;
    - 39,6% relataram vínculo com a prefeitura, porém sem especificar o órgão/secretaria;
    - 10,3% eram vinculados à rede de educação;
    - 8,7% com vínculo profissional a outros órgãos públicos que não a prefeitura.

2) Dentre os vínculos privados,
   - 67,1% estavam relacionados ao setor de comércio e serviços;
   - 10,9% aos frigoríficos;
   - 8,2% ao ramo industrial;
   - 13,8% a outros ramos de atividades.
3) Dentre os autônomos, 61,5% trabalhavam com serviços domésticos.

Sob a ótica dos cargos ocupados, os resultados encontrados apontaram para a seguinte distribuição proporcional:

1) No setor público,
   - 22,4% eram professores;
   - 20,7% ocupavam cargos de nível superior relacionados à saúde;
   - 13,8% desempenhavam funções técnicas ou auxiliares em saúde;
   - 12,1% eram agentes comunitários de saúde ou de endemias;
   - 31,0% desenvolviam outras atividades.
2) Na iniciativa privada,
   - 28,8% atuavam em serviços gerais de limpeza e conservação;
   - 19,2% no setor de serviços e comércio, em funções administrativas ou de vendas;
   - 17,8% em funções auxiliares operacionais em atividades industriais;
   - 13,7% desempenhavam funções relacionadas à produção de alimentos;
   - 6,8% eram metalúrgicos;
   - 4,1% eram motoristas;
   - 9,6% desempenhavam outras funções.

Independentemente do tipo de atividade laboral, a incidência de desfechos negativos de saúde vem aumentando nas populações profissionalmente ativas (SOARES *et al.*, 2019).

Dentre os trabalhadores com vínculo público, os ocupantes do cargo de professor foram os mais encontrados. Pereira *et al.* (2009) revisaram a literatura sobre a qualidade de vida e saúde de professores associadas às condições de trabalho. Os autores encontraram prevalências altas de *burnout*, distúrbios psíquicos menores, problemas osteomioarticulares e com a voz. Estes desfechos apresentaram associação com as condições de trabalho, como, por exemplo, altas cargas horárias, número excessivo de alunos e o tempo de magistério. Estudo conduzido com docentes no município de Pelotas (RS) (VIEIRA; GONÇALVES; MARTINS, 2016) corrobora com a relação encontrada por Pereira *et al.* (2009), indicando estreita relação entre o processo de trabalho e o adoecimento de professores.

O percentual expressivo de profissionais de saúde (20,7%) mostra a necessidade de atenção à saúde das categorias que se enquadram nesse grupo. Almeida, Torres e Santos (2012) revisaram a literatura e apontaram que estes trabalhadores estão expostos a riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos, de acidentes e psicossociais, reforçando a necessidade de aplicação de normas da saúde do trabalhador e a incorporação de normatizações que regulem o setor, permitindo a melhoria na qualidade de vida e proteção à saúde.

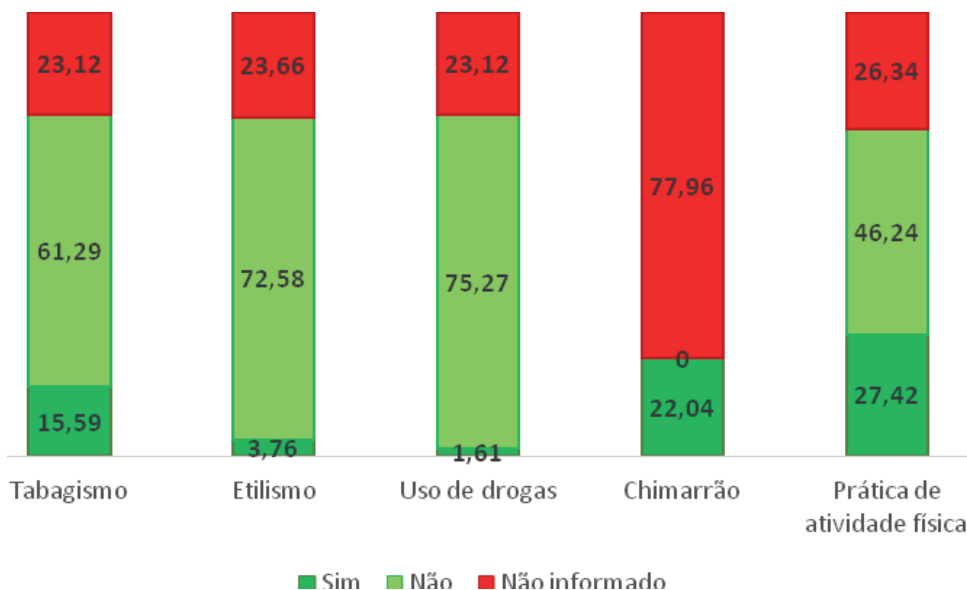
Considerando os trabalhadores da iniciativa privada e autônomos, a maior proporção ocupava postos de trabalho em serviços de limpeza e conservação ou serviços domésticos, o que pode justificar o maior número de encaminhamentos por problemas musculoesqueléticos, como será visto na seção seguinte. De acordo com manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 460), entre os trabalhadores expostos a estes problemas destacam-se:

> [...] trabalhadores domésticos, serviços de limpeza, ocupações da indústria da construção; algumas atividades de operação e de manutenção de equipamentos, como na indústria petrolífera, petroquímica, atividades em serviços de saúde, como manejo de pacientes, de macas e equipamentos, entre outras.

3.3 Características individuais/clínicas

Dentre os hábitos incorporados na vida cotidiana dos participantes da pesquisa, prática de atividade física e consumo de chimarrão foram os mais prevalentes, com 27,42% e 22,04%, respectivamente. A Figura 2 apresenta a distribuição proporcional dos hábitos registrados nos prontuários dos participantes.

Figura 2 – Prevalência de hábitos relacionados ao estilo de vida de participantes do estudo

	Tabagismo	Etilismo	Uso de drogas	Chimarrão	Prática de atividade física
Sim	15,59	3,76	1,61	22,04	27,42
Não	61,29	72,58	75,27	0	46,24
Não informado	23,12	23,66	23,12	77,96	26,34

Fonte: Elaborada pelos autores (2020).

A proporção de usuários que relataram prática de algum tipo de atividade física pode ser considerada baixa. Dados da PNAD de 2015 indicavam que, da população acima de 15 anos de idade, 37,9% praticavam algum esporte ou atividade física. Para a região sul, a proporção era de 40,8% (IBGE, 2017).

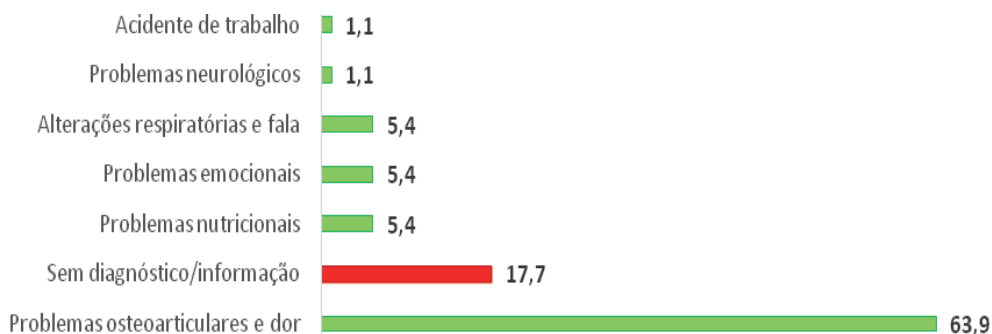
Outro hábito incorporado à rotina dos usuários do SAST incluídos no estudo trata-se do consumo do chimarrão, que tem como matéria-prima a erva-mate (*Ilex paraguariensis)*. Tomar chimarrão é considerado uma questão cultural e independe de classe social. Este hábito representa uma manutenção das tradições e uma forma bastante comum de socialização (NEUBERGER; VISENTINI; CHAGAS, 2017).

O tabagismo apresentou prevalência de 15,59% entre os pesquisados. No Brasil, em 2008, o percentual de pessoas com 15 anos ou mais que utilizavam derivados do tabaco correspondia a 17,5%, enquanto na região Sul a frequência era de 19,0% (IBGE, 2009). A prevalência próxima aos dados nacionais ou regionais encontrada neste estudo pode não refletir a realidade, pelo fato de a amostra ter se tornado por conveniência, perdendo o fator de aleatoriedade e, consequentemente, retirando a probabilidade de todos os usuários serem pesquisados.

A prevalência do etilismo encontrada no estudo foi baixa (3,76%), quando comparada à Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013. Na PNS, a prevalência do consumo abusivo de álcool foi de 13,1% para o Brasil e de 11,1% na região Sul (GARCIA; FREITAS, 2015).

O relato do uso de drogas, aqui consideradas apenas as ilícitas, indicou uma prevalência de 1,61%. Como não é conhecida a frequência no tempo, podemos considerar que os dados são compatíveis com os relatados no III Levantamento Nacional sobre uso de drogas pela população brasileira. O levantamento apontou que a prevalência do uso de drogas ilícitas nos últimos 30 dias, entre pessoas de 12 a 65 anos foi de 1,5% entre as mais consumidas (maconha, haxixe e skank) e abaixo de 1% para as demais (BASTOS *et al.*, 2017, p. 111).

Com relação ao motivo de encaminhamento ao serviço, a Figura 3 apresenta os agrupamentos dos diagnósticos registrados. Como a motivação considerava um grande número de patologias, o que resultaria em prevalências muito baixas, optou-se por agrupá-las em aproximação à classificação da CID-10. Importante ressaltar que, aproximadamente 18% dos prontuários não apresentavam o diagnóstico.

Figura 3 – Prevalência do diagnóstico que motivou o encaminhamento dos participantes do estudo ao SAST

Fonte: Elaborada pelos autores (2020).

Sem considerar o agrupamento dos diagnósticos que geraram o encaminhamento ao SAST, os principais motivos foram:

- Lombalgia, com 12 casos, representando 6,45% do total;
- Obesidade, com 4 casos, representando 2,15% do total;
- Tendinopatia, com 4 casos, representando 2,15% do total.

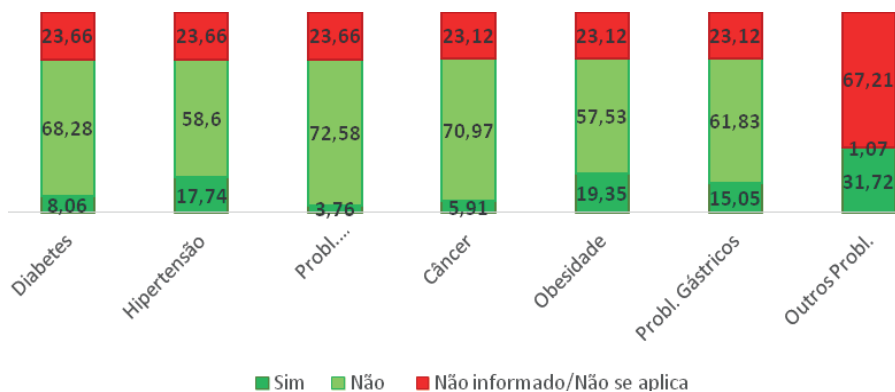
Levando-se em conta que os problemas osteomioarticulares foram os motivos mais prevalentes de encaminhamento ao SAST, riscos ocupacionais devem justificar a maior proporção. Assunção e França (2020), estudando a carga global de doenças para o Brasil, especificamente no tocante às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), relatam que em 1990 e 2016 o principal fator de risco ocupacional para as DCNT foi o ergonômico, na faixa etária de 15 a 49 anos, tanto em homens quanto em mulheres. Estes dados vêm ao

encontro do constatado neste estudo, se considerarmos que os fatores ergonômicos estão diretamente ligados aos problemas osteomioarticulares.

Também é relevante relacionar os fatores psicossociais ligados ao trabalho (capacidade de decisão, demandas psicológicas, insegurança e apoio social) que podem interferir, sobremaneira, no desenvolvimento da dor das lesões musculares e osteoarticulares. Estudo prospectivo com trabalhadores, independente de realizarem atividades físicas ou mentais, indicou que os fatores psicossociais são preditores da prevalência de problemas osteomioarticulares e lesões por esforço repetitivo, independente de fatores como idade, sexo, horas de trabalho, força para execução das tarefas e repetição (BUGAJSKA *et al.*, 2013).

Dos usuários do SAST que participaram da pesquisa, 64% usavam algum tipo de medicação durante o tratamento, enquanto quase 13% relataram não estar em uso. A falta de registro desse dado importante para o acompanhamento da evolução terapêutica dos participantes foi encontrada em 23% dos prontuários.

Também foram investigadas as comorbidades existentes que não fossem o motivo de encaminhamento ao SAST. A Figura 4 apresenta a distribuição.

Figura 4 – Prevalência de comorbidades existentes relacionadas aos participantes do estudo

Fonte: Elaborada pelos autores (2020).

Dentre as outras comorbidades relatadas, incluídas na categoria "outros problemas", destacaram-se:

- Dislipidemias, com 5,91% (11 casos);
- Problemas respiratórios, com 5,38% (10 casos);
- Hepatites, com 2,15% (4 casos).

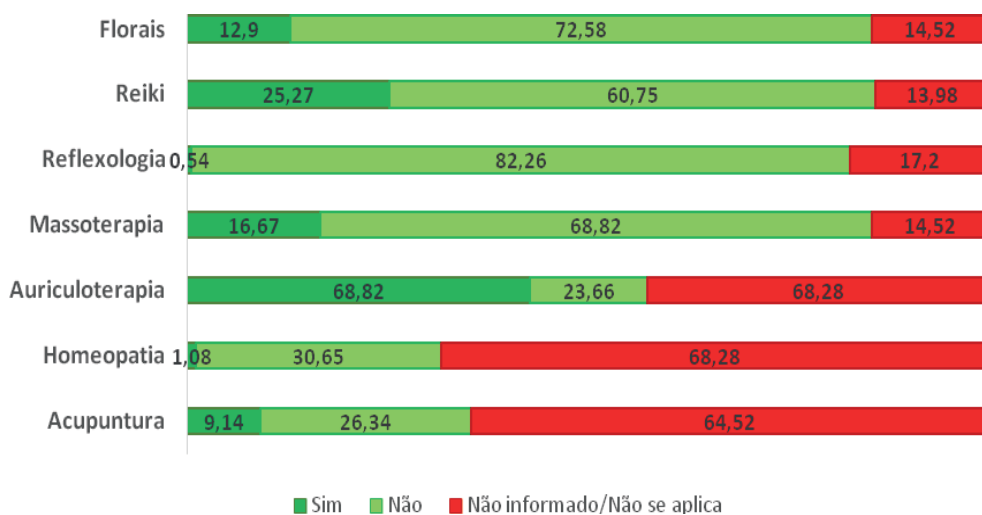
Excetuando-se os outros problemas (nesta categoria foram incluídas as doenças com baixa frequência encontradas no estudo), a obesidade se constituiu na comorbidade mais prevalente, independente de também ter sido motivo de encaminhamento.

Sendo os problemas osteoarticulares as principais causas para o encaminhamento ao SAST, a obesidade torna-se uma comorbidade importante. A relação da obesidade com alterações osteoarticulares decorre do excesso de massa corporal e consequente diminuição da estabilidade e ampliação das necessidades de adaptação corporal. Esta associação contribui para a redução da qualidade e da expectativa de vida (GRANS *et al.*, 2012).

Leite *et al.* (2011), estudando portadores de osteoartrite, encontraram frequência elevada de comorbidades. Dentre as principais, os autores encontraram: síndrome metabólica, hipertensão, dislipidemia, obesidade, diabetes e depressão. A relação entre o desfecho e as comorbidades pode ser explicada por etiologia e fisiopatologia compartilhadas, ou ainda resultado do processo de envelhecimento. Desta forma, as comorbidades encontradas neste estudo são compatíveis com relatos da literatura, tomando por base as principais motivações de encaminhamento.

3.4 Tratamento

Com relação ao tratamento realizado, foram coletadas todas as ocorrências de práticas integrativas e complementares registradas em prontuário, independentemente do número de sessões e práticas aplicadas aos participantes. A despeito do não registro, como pode ser visto na Figura 5, o recurso terapêutico mais utilizado foi a Auriculoterapia.

Figura 5 – Recursos terapêuticos utilizados no SAST para tratamento dos participantes do estudo

Fonte: Elaborada pelos autores (2020).

O principal papel que tem sido atribuído às PIC é a possibilidade de promover bem-estar e prevenir doenças. Quanto à Auriculoterapia, esta prática vem se mostrando bastante apropriada para o tratamento de diferentes doenças (KUREBAYASHI *et al.*, 2012). O uso da Auriculoterapia como principal terapêutica pelo SAST, talvez seja justificado pela simplicidade técnica, o baixo custo dos insumos utilizados e ser um método menos traumático para o usuário, além da disponibilidade de profissionais qualificados para uso dessa terapêutica.

Araújo, Zampar e Pinto (2006) realizaram estudo sobre o uso da Auriculoterapia em portadores de LER/DORT e, por meio de escala de mensuração da dor, encontraram redução estatisticamente significativa com o uso dessa terapêutica. Os autores também observaram redução no consumo de medicamentos e melhora na qualidade de vida relatada pelos participantes da pesquisa.

Estudo realizado com usuários de um ambulatório de PIC em Salvador/BA, indicaram que o uso do Reiki e reflexologia impactaram positivamente nas dimensões psicológica, física e emocional daqueles usuários. Como o ambulatório funcionava em um centro de atendimento de doenças crônicas de origem endócrina, as autoras também apontaram que as PIC foram benéficas para essa parcela da população, levando-se em conta o quadro clínico complexo, com a sobreposição de sintomas físicos e psicológicos, que demandam uma abordagem integral à saúde (DACAL; SILVA, 2018).

De forma geral, o uso das terapêuticas pelo SAST se constitui em um importante suporte à atenção primária à saúde. Estudo de revisão (RUELA *et al.*, 2019) indica que as práticas integrativas e complementares ainda são pouco ofertadas pelo SUS, porém com resultados positivos para os usuários e os serviços que aderiram ao uso de tais práticas. Os autores também apontam desafios para a ampliação, sobretudo no acesso e na formação de profissionais capacitados.

Outra informação de extrema importância para caracterizar o serviço de saúde trata-se da percepção do usuário em relação ao tratamento recebido. Menos de 20% dos prontuários apresentavam registro dessa informação, representando apenas 35 no total de 186 prontuários analisados. Dentre aqueles que apresentavam essa informação, 16,7 % (31 participantes) referiram que o tratamento os ajudou a sentir-se melhor, contra apenas quatro participantes (2,15%) que não relataram melhora.

Dentre as respostas afirmativas, 29% dos participantes relataram sentir-se melhor devido ao alívio da dor, 19 % consideraram estar sentindo-se bem, de forma geral, após o tratamento e 6,5% referiram o emagrecimento. Melhora na fala, humor e sono, entre outras, foram respostas também encontradas, porém com menor frequência.

Estudo realizado no Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte/MG, identificou a percepção satisfatória das usuárias do serviço, com relação às PIC oferecidas pelo serviço (musicoterapia, aromaterapia, oficina de chás e escalda-pés) (BORGES; MADEIRA; AZEVEDO, 2011). Em que pese a característica do serviço (atendimento a gestantes), enquanto o SAST é um serviço de atenção à saúde do trabalhador, fica perceptível que usuários submetidos às PIC tendem a avaliar positivamente o atendimento recebido.

3.5 Escala de mudança percebida

Uma estratégia para avaliar o resultado do tratamento foi a utilização da EMP, uma vez que a percepção dos usuários de que o tratamento recebido provocou mudanças positivas em suas vidas é importante, pois interfere na relação entre resultados do tratamento e a satisfação destes (BANDEIRA, 2011).

Devido à baixa frequência do registro da EMP nos prontuários, a qualidade da informação coletada foi bastante prejudicada. Com relação às modificações percebidas após o tratamento, o Quadro 1 apresenta uma síntese dos resultados encontrados.

Tabela 1 – Resultados em frequência relativa das respostas à Escala de Mudança Percebida dadas pelos participantes do estudo

Aspecto analisado	Pior do que antes	Sem mudança	Melhor do que antes	Sem informação
Problemas pessoais	1,08%	4,30%	3,76%	90,86%
Humor	-	0,54%	5,38%	94,09%
Estabilidade das emoções	-	1,08%	4,84%	94,09%
Confiança em si mesmo	-	0,54%	4,84%	94,62%
Interesse pela vida	-	1,61%	4,0%	94,09%
Capacidade de suportar situações difíceis	-	2,15%	3,23%	94,62%
Apetite	-	3,23%	2,69%	94,09%
Disposição para fazer as coisas	-	2,15%	4,84%	93,01%
Sono	1,61%	1,08%	3,23%	94,09%
Saúde física	1,61%	0,54%	3,76%	94,09%
Satisfação sexual	-	2,15%	3,76%	94,09%
Convivência familiar	0,54%	1,61%	4,30%	93,55%
Convivência com amigos	-	1,08%	4,84%	94,09%
Convivência com outras pessoas	-	1,61%	4,30%	94,09%
Interesse em se ocupar ou trabalhar	-	-	5,91%	94,09%
Atividades de lazer	0,54%	1,08%	4,84%	93,55%
Tarefas de casa	-	2,15%	3,76%	94,09%
Capacidade de tomar decisões e cumprir obrigações	-	2,69	3,23	94,09%
Desde o começo do tratamento você está:	-	-	7,53%	92,47%

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Levando-se em conta apenas os prontuários com a EMP respondida pelos participantes, exceto para as dimensões problemas pessoais e apetite – em que a maior frequência de relatos foi sem mudança, nas demais, a percepção foi de melhora com o tratamento. Porém, a baixa frequência não permite que se façam inferências neste sentido, prejudicando a avaliação da percepção.

Como proposto por Bandeira *et al.* (2011), esperava-se, com os dados obtidos a partir da aplicação da EMP, que essa ferramenta pudesse ser útil para complementar as avaliações dos profissionais, ajudando o SAST a oferecer tratamentos mais adequados às necessidades dos seus usuários.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva dos objetivos quantitativos da pesquisa "As práticas integrativas e complementares (PICS) em Chapecó: o desenvolvimento das atividades do Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (SAST) da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), 2012-2016", limitações e qualidade insatisfatória de registro fragilizaram o cumprimento desses objetivos. Esperava-se realizar um censo dos usuários atendidos no período de 2012 a 2016, constituindo em uma ferramenta robusta para o planejamento futuro das ações e direcionamentos do SAST.

Outra fragilidade do estudo apresentado neste capítulo foi não conseguir executar análises estatísticas buscando associações entre as características dos usuários e identificar possíveis diferenças significativas entre os grupos. Além do papel didático dessas análises, elas poderiam servir para identificar padrões de desigualdades em saúde entre os usuários do SAST.

Independentemente dos problemas relatados, no ano de 2019, foi realizada devolutiva dos resultados da pesquisa aos gestores e profissionais do SAST. Na devolutiva, buscou-se ressaltar a importância do correto registro para melhora da qualidade da informação, no sentido de facilitar o trabalho interprofissional e permitir estudos futuros com esses dados registrados.

No tocante aos objetivos das práticas de pesquisa, como estratégia de ensino, as dificuldades encontradas no processo da coleta de dados, organização do banco de dados e análises estatísticas assumiram um papel didático positivo. O estudante vivenciar não somente os acertos, mas também estar presente no campo e as dificuldades inerentes à coleta de dados de registros de prontuário, trazem o sentido da realidade da prática profissional e permitem a reflexão da importância do registro, não somente por ser um requisito legal, mas sobre a geração de dados para futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. G. N.; TORRES, S. C.; SANTOS, C. M. F. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica. **Rev. Enfermagem Contemporânea**. Salvador, v. 1, n. 1, p. 142-154, 2012.

ARAÚJO, A. P. S.; ZAMPAR, R.; PINTO, S. M. E. Auriculoterapia no tratamento de indivíduos acometidos por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)/ lesões por esforços repetitivos (LER). **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 1, p. 35-42, jan./abr., 2006.

ASSUNÇÃO, A. A.; FRANÇA, E. B. Years of life lost by CNCD attributed to occupational hazards in Brazil: GBD 2016 study. **Rev Saúde Pública**, v. 54, n. 28, p. 1-12, 2020.

BANDEIRA, M. B. *et al.* Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 24, n. 2, p. 236-244, 2011.

BASTOS, F. I. P. M. *et al.* (org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. p. 111.

BORGES, M. R.; MADEIRA, L. M.; AZEVEDO, V. M. G. O. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no hospital Sofia Feldman. **Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 105-113, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 460.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão 2006/2010**: Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 344, de 01 de fevereiro de 2017.** Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 fev. 2017, p. 62.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n º 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 mar. 2018, p. 65.

BUGAJSKA, J. *et al.* Psychological factors at work and musculoskeletal disorders: a one year prospective study. **Rheumatol Int.**, v. 33, n. 12, p. 2975-83, 2013.

DACAL, M. P. O.; SILVA, I. S. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 724-735, 2018.

FREITAS, A. L.; GESSINGER, R. M. (org.) **A gestão da aula universitária na PUCRS.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. p. 87.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 227-237, 2015.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GRANS, R. *et al.* Qualidade de vida e prevalência de dor osteoarticular em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Einstein** (São Paulo), São Paulo, v. 10, n. 4, p. 415-421, dez. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios:** Tabagismo, 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Prática de esporte e atividade física:** 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

KUREBAYASHI, L. F. S. *et al.* Eficácia da auriculoterapia para estresse segundo experiência do terapeuta: ensaio clínico. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 694-700, 2012.

LEITE, A. A. *et al.* Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 118-123, abr. 2011.

NEUBERGER, F.; VISENTINI, M. S.; CHAGAS, F. B. A tradição gaúcha de tomar chimarrão refletida nos hábitos de consumo de erva-mate em diferentes classes sociais. **Revista de Administração IMED**, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 133-148, mar. 2017.

OMS. **Estrategía de la OMS sobre medicina tradicional.** 2002-2005.

PEREIRA, E. F. *et al.* Qualidade de vida e saúde dos professores de educação básica: discussão do tema e revisão de investigações. **R. bras. Ci. e Mov**, v. 17, n. 2, p. 100-107, 2009.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

RIBEIRO, M. C. S. A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

RUELA, L. O. *et al.* Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4239-4250, 2019.

SACRAMENTO, A. N.; NASCIMENTO, E. R. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1142-1149, out. 2011.

SALVATO, M. A.; FERREIRA, P. C. G.; DUARTE, A. J. M. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. **Estud. Econ**., São Paulo, v. 40, n. 4, p. 753-791, 2010.

SOARES, C. O. *et al.* Fatores de prevenção de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: revisão narrativa. **Rev. Bras. de Medicina do Trabalho**, v. 17, n. 3, p. 415-430, 2019.

VIEIRA, J. S.; GONCALVES, V. B.; MARTINS, M. F. D. Trabalho docente e saúde das professoras de educação infantil de Pelotas, Rio Grande de Sul. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 559-574, ago. 2016.

17 A FORMAÇÃO MÉDICA PROMOVIDA PELA UFFS, *CAMPUS* CHAPECÓ, A PARTIR DO ENSINO COM PESQUISA

Dyelle Hingrid Gonçalves Gontijo
Gustavo Henrique Ridão Curty
Graciela Soares Fonsêca

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o ensino médico no Brasil passou por diversas transformações até adquirir o atual formato baseado nos conceitos contemporâneos de saúde e doença, com enfoque nas questões sociais que alteram o perfil profissional advindo da formação médica contemplada nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). As DCN são norteadoras da implementação de projetos pedagógicos que visam o cuidado integral, uma olhar atual para a atenção à saúde e o incentivo ao trabalho em equipe (SORDI *et al.*, 2020).

As principais mudanças no cenário da formação médica foram percebidas a partir de 1889 com a Proclamação da República e a implantação do modelo francês de ensino. Dessa forma, a primeira universidade brasileira com projeto acadêmico e institucional foi instituída em 1934, com a denominação de Universidade de São Paulo (USP). A instituição foi moldada sob o modelo francês que valoriza a razão, baseada no estudo técnico-científico que desvinculou o ensino da pesquisa e enalteceu a profissionalização dos egressos (MACHADO *et al.*, 2018).

Posteriormente, com as reformas que aconteciam no país, o modelo francês foi substituído pelo modelo americano ou flexneriano, que consistia em dividir o curso de Medicina em três períodos: estudo teórico científico (ciclo básico), ensino das especialidades (clínica) e inserção no serviço sob supervisão (internato). Além disso, incorporou os ditames biologicista, tecnicista e hospitalocêntrico promulgados por Flexner, em 1910, tornando-se referência para o ensino superior, sobretudo na área biomédica (BRIANI, 2021).

Na década de 1960, o país vivenciou, por meio da fundação da Universidade de Brasília (UnB), um modelo universitário diferenciado que prezava pela pesquisa, ciência e tecnologia, organizando os departamentos por disciplinas e em ciclos básicos e profissionalizantes (MACHADO *et al.,* 2018). A Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) surge com propostas de mudanças nos currículos que visam diminuir a repartição do ensino, além de proporcionar a integração das disciplinas e promover uma formação voltada para a complexidade do sistema de saúde (BRIANI, 2021).

Diversos estudos desenvolvidos nesse período criticavam o modelo de formação em saúde estabelecido no Brasil e mostravam a necessidade de um perfil médico alinhado às demandas sociais. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, e todas as políticas derivadas dele, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), essa demanda se tornou mais evidente e urgente (MACHADO *et al.*, 2018). Assim, uma série de iniciativas de fomento a mudanças na formação em saúde, incluindo os cursos de Medicina, foram implementadas, assumindo destaque as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Para a formação médica, essas DCN foram publicadas em 2001 e reformuladas em 2014 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014), induzidas pelo recém-criado Programa Mais Médicos (PMM) (BRASIL, 2013; ROCHA, 2018).

As DCN propõem um currículo para o curso de Medicina dividido em competências e habilidades, com a proposta de formar um profissional crítico, reflexivo e ético que compreenda o conceito ampliado de saúde, em uma visão geral da realidade em que está inserido, e esteja qualificado para atuar de maneira ampliada e integral, nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2014; FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014).

Alinhado às novas DCN, o Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó, iniciou suas atividades em 2015, com a entrada anual de 40 estudantes. Primeiro Curso de Medicina público da região da Fronteira Sul e fruto do PMM, ele foi pensado com a missão de democratizar o acesso ao ensino superior na área, no sentido de reduzir a escassez desses profissionais no interior do Brasil e de fortalecer o SUS, especialmente a Atenção Primária à Saúde (APS) (UFFS, 2018; FONSECA; SOUZA, 2019).

O currículo do referido curso apresenta um desenho inovador, com o objetivo de romper com o modelo tradicional de educação, propondo desviar o foco do processo de ensino-aprendizagem para o estudante, sendo o professor o mediador dessa relação. Nesse contexto, as Metodologias Ativas de Aprendizagem assumem um papel fundamental. Assim, alguns dos Componentes Curriculares Regulares (CCR) de Saúde Coletiva adotaram o ensino com projetos de pesquisa ou extensão, desenvolvidos em grupos tutoriais, como estratégia para trabalhar parte da carga-horária dos CCR.

Este capítulo apresenta a experiência de um grupo tutorial envolvido em um projeto de pesquisa cujo objetivo é analisar o processo de implantação do próprio curso, a partir do olhar dos discentes, docentes, gestores e parceiros.

2 ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DA UFFS, *CAMPUS* CHAPECÓ

A partir de mudanças no cenário epidemiológico e da distribuição desigual de médicos no território brasileiro, além da pequena disponibilidade desses profissionais para atuar no nível da APS, o PMM foi instituído, em 2013, com a finalidade de expandir o acesso equitativo e universal à saúde, investindo na APS e na ampliação de vagas para cursos de Medicina em Instituições de Educação Superior (IES) (BRASIL, 2013), sendo a UFFS, *Campus* Chapecó, uma das contempladas.

Entendendo a necessidade de se estudar a "nova" formação médica e compreender o processo de implantação do Curso de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó, foi elaborado o projeto de pesquisa intitulado "Análise do processo de implantação do curso de medicina da UFFS, *Campus* Chapecó", um estudo qualitativo iniciado em 2018, em que os participantes estão ligados ao curso, incluindo, assim, estudantes, docentes, gestores da UFFS e trabalhadores dos serviços e da gestão da RAS do município de Chapecó.

O projeto de pesquisa foi dividido em subprojetos de Iniciação Científica, sendo cada um deles direcionado para um grupo de participantes, com a colaboração de estudantes de graduação. Além disso, grupos de estudantes matriculados nos CCR de Saúde Coletiva participaram de algumas etapas, contribuindo com o desenvolvimento dos subprojetos. Os participantes do estudo foram ou estão sendo convidados a participar da pesquisa via e-mail ou contato telefônico. Até o momento, participaram 36 estudantes das diferentes turmas do Curso de Graduação em Medicina[1], 20 docentes das áreas de Saúde Coletiva, Básicas e Clínicas[2]

1 Esse recorte compôs o trabalho de curso de dois estudantes da primeira turma e encontra-se em fase de análise por um periódico científico.

2 Esse recorte está em fase de análise e foi contemplado com uma bolsa de Iniciação Científica pela UFFS.

e 10 gestores de diferentes níveis como coordenadores, coordenadores adjuntos, reitor e vice-reitor[3] da UFFS. O subprojeto voltado para os gestores da RAS de Chapecó ainda não foi iniciado.

No que se refere à coleta de dados, os estudantes participaram de grupos focais que visam a interação entre os pesquisadores e os pesquisados, contribuindo para a discussão, reflexão e sucessiva análise (SCHVINGEL; GIONGO; MUNHOZ, 2017). Entretanto, para os outros grupos, optou-se pelas entrevistas narrativas individuais, método que consiste em narrar experiências, permitindo que o entrevistado possua maior autonomia em suas falas (MUYLAERT *et al.*, 2014). Além disso, o projeto prevê a elaboração de diários de pesquisa, esse aparato permite que os pesquisadores possam expressar reflexões, fatos, angústias e inquietações por meio da escrita cotidiana relacionada ao objeto de estudo (LOURAU, 1993).

Para conduzir a coleta de dados, foram/são utilizados roteiros orientadores que se enquadram a cada grupo pesquisado. Tanto os Grupos Focais quanto as entrevistas individuais foram/são áudio gravados, transcritos, organizados, codificados e categorizadas para, finalmente, serem analisadas com base na hermenêutica-dialética (MINAYO, 2013). Enquanto a hermenêutica preza pela interpretação a partir do sentido das palavras, a dialética se utiliza da oposição, da contradição entre teoria e sentidos. Assim, essa análise sobrepassa a interpretação do texto e inclui os questionamentos que a fala carrega. Ademais, é proposta a triangulação como mecanismo de análise de dados provindos de várias técnicas de coletas. No sentido ético, o projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFFS e aprovado pelo Parecer nº 3.193.899 (CAAE: 06623419.4.0000.5564) de 2018.

3 Esse recorte está em fase de coleta de dados.

3 A EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO TUTORIAL COM A PESQUISA NA ÁREA DE FORMAÇÃO MÉDICA

A inserção dos seis estudantes no projeto "guarda-chuva" ocorreu quando eles cursavam o CCR Saúde Coletiva II e se estendeu até a terceira fase. Durante o semestre, a carga-horária dedicada ao desenvolvimento dos projetos é de dois créditos e os encontros para realização das atividades aconteceram com a tutoria de um docente, nos dias e horários reservados aos CCR.

No primeiro encontro dos dois semestres, os estudantes organizaram um plano de trabalho e, no último, redigiram um relatório identificando o que foi possível realizar e o que ficou pendente, além de se autoavaliar. O objetivo das atividades realizadas pelos estudantes era contribuir com o projeto em andamento, compreendendo as características que permeiam essa nova proposta de curso. Inicialmente, o projeto e a equipe de pesquisa foram apresentados ao grupo. Foi o primeiro contato dos estudantes com um projeto de pesquisa qualitativa e, nesse momento, a discussão foi direcionada para o esclarecimento de dúvidas e para a organização metodológica do grupo.

Realizou-se um planejamento para busca, leitura, sistematização e discussão de trabalhos relacionados à formação médica, incluindo as DCN. Nas semanas seguintes, as atividades foram desenvolvidas com a premissa de instrumentalizar o grupo, nos aspectos teóricos da formação médica. A partir dessas discussões, inquietações que não estavam presentes no projeto de pesquisa foram agregadas, o que contribuiu com a qualificação dos instrumentos de coleta de dados. Na sequência, o grupo se ateve à compreensão da metodologia proposta pelo projeto. A partir da leitura de artigos científicos que utilizaram metodologias similares, problematizaram e entenderam a pesquisa qualitativa, diferenciando-a

da pesquisa quantitativa. Além disso, conheceram algumas técnicas para coleta e análise de dados.

Os estudantes participaram da coleta de dados, por meio do acompanhamento de um dos grupos focais realizado com os estudantes do curso. O grupo focal é uma técnica de coleta de dados utilizada pela área da saúde a partir da segunda metade dos anos 80, aplicada nas pesquisas qualitativas que buscam coletar informações por meio das interações grupais. Esse mecanismo sugere um diálogo entre os participantes que possuem alguma relação com o tema debatido, proporcionando dinâmica e acesso a uma discussão racional. Para garantir bons resultados, deve ser realizado em espaços neutros, com a participação de seis a quinze participantes e conceder que todos participem ativamente da troca de experiências por meio de questionamentos realizados pelo pesquisador (KINALSKI *et al.*, 2017).

A condução do grupo focal estava sob a responsabilidade de dois estudantes da primeira turma do curso que estavam desenvolvendo o Trabalho de Curso (TC). Com essa atividade, foi possível vivenciar a coleta de dados, o que contribuiu para aumentar a compreensão sobre os aspectos práticos e operacionais de uma pesquisa qualitativa, além de despertar os estudantes para outras questões relacionadas ao curso, não percebidas por eles até o momento. Dando seguimento às atividades, o grupo de estudantes transcreveu o áudio derivado do grupo focal, vivenciando mais uma etapa da pesquisa qualitativa desconhecida pela maioria, até então. Esse movimento nutriu as discussões realizadas posteriormente no âmbito do grupo tutorial.

O material transcrito foi organizado, codificado e categorizado pelos dois estudantes que estavam desenvolvendo o TC. O grupo tutorial teve acesso a esse material e, após problematizar as categorias de análise identificadas, elegeu a categoria “Fragilidades e consequências do curso

para a saúde dos estudantes" para desenvolver o processo de análise. Os dados foram discutidos e sistematizados em um resumo que foi submetido à Semana Acadêmica de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó.

O trabalho intitulou-se "Imbróglios da vida acadêmica na UFFS, *Campus* Chapecó: a visão dos estudantes de medicina no âmbito da própria saúde" e teve o objetivo de descrever as impressões dos estudantes perante as exigências da vida acadêmica, a estrutura da universidade e as consequências para a saúde dos estudantes. Na conjuntura contemporânea dos discentes, a qualidade de vida está relacionada com o que lhes é ofertado pela universidade. Em outras palavras, o ambiente universitário apresenta ligação direta com a saúde da comunidade acadêmica nas esferas biopsicossocial.

Diversas pesquisas têm se ocupado da saúde mental dos discentes de medicina e mostrado que, cada vez mais, eles vêm desenvolvendo distúrbios alimentares e do sono, estresse, ansiedade e depressão. A doença, vindo a surgir a partir de contínuo desgaste psíquico e físico, implicando diretamente na perda de qualidade de vida do estudante e, consecutivamente, colocando-o em um perpétuo ciclo de autocobrança o que intensificará ainda mais os sinais e sintomas da patologia (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

Dentre as falas reveladas durante os grupos focais que comprovem tal percepção, temos: "não tem nenhum tipo de assistência para a saúde mental do estudante. Nada" (F06-08) e "outra coisa que peca é a própria infraestrutura da universidade" (F06-09), que expõem o sentimento temerário dos discentes quanto aos recursos de apoio ofertados pela instituição no sentido de minimizar impactos da vivência universitária para a saúde física e mental.

Em seu estudo, Figueiredo e colaboradores (2014) citaram que um dos agravantes apontados pelos alunos, quanto a sua preocupação com

sua saúde e bem-estar, era a ausência ou precariedade de infraestrutura da universidade, que dificultavam a realização de atividade física ou de lazer, o acesso a alimentos saudáveis e outros serviços, causado tanto pela distância do *campus* do centro urbano, como pela indisponibilidade da rede de transporte do município que não permitia o rápido deslocamento ainda em horário comercial.

Parte das críticas fundamentadas pelos estudantes que participaram dos Grupos Focais foram direcionadas aos CCR de domínio comum da universidade o que, segundo os estudantes: "[...] é um absurdo o tanto que nos ocupa [...]" (F02-02), "[...] eu não sei onde está havendo falha na comunicação, mas os professores de tronco comum parecem que não entenderam que eles não podem sobrecarregar a gente" (F02-06). Tais posicionamentos foram recorrentes entre participantes, atestando, além da questão da sobrecarga conferida, a insegurança e desconhecimento da estrutura do curso ofertado por alguns dos discentes.

Outra problemática abordada no grupo focal foi quanto a sobrecarga gerada pelo curso, especialmente pela carga horária extensa, em que se tem: "É uma pergunta que eu me faço direto, pra ser um bom médico o aluno de medicina tem realmente que passar por essa carga horária extensiva por esse estresse todo?" (F02-04) e "acho que muitos colegas sofrem muito porque as coisas são muito intensas durante o curso, e a gente passa o tempo todo juntos, e com essa pressão dos componentes e da gente mesmo que se cobra bastante'' (F02-06).

Um estudo desenvolvido na Universidade de Brasília, também realizado por análise de grupos focais, constatou que a manutenção de atividade física e de lazer configura um importante componente para boa manutenção da qualidade de vida do estudante, mas elas acabam ficando comprometidas, justamente, pela excessiva carga horária de sala de aula (BAMPI *et al.*, 2013).

Ressalta-se que sentimentos como raiva, medo, culpa, tristeza e ansiedade são contraditórios e consolidados pelos estudantes e, mesmo assim, há faculdades de Medicina que ainda negligenciam o envolvimento sentimental e o sofrimento mental dos estudantes, sendo que algumas, inclusive, citam que esse cenário é necessário para formação médica, culminando desta forma na formação de médicos direcionados apenas para diagnóstico de doenças, mas que são incapazes de enfrentar a morte e o morrer (CONCEIÇÃO *et al.,* 2019).

Quando o discente não consegue superar os conflitos originados pelas dificuldades do ensino médico, é essencial que a instituição forneça uma proposta de assistência psicológica e acompanhamento psicopedagógico como parte do programa metodológico de ensino, para que os alunos possam lidar com situações trágicas e até mesmo com problemas posteriores, como a ideação suicida (AMORIM *et al.*, 2018). No estudo de Amorim e colaboradores (2018), conclui-se que é necessária a identificação de problemas que se relacionam com a saúde mental do estudante durante a graduação, para que possa ser realizada intervenção e promoção da saúde.

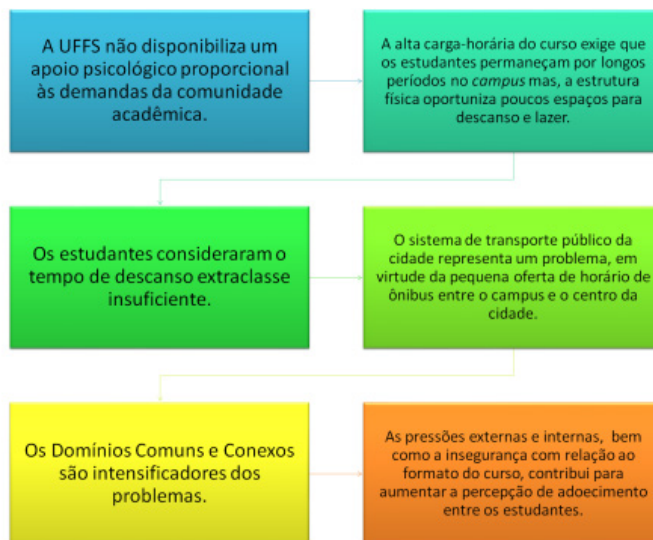
Em resumo, evidenciou-se nas falas dos acadêmicos a discrepância entre a alta carga-horária demandada pelo curso e a baixa qualidade de vida dos estudantes, influenciada pela interação de fatores pedagógicos, estruturais e psicológicos. Sensações de desencantamento e insegurança são visíveis, principalmente, dentre acadêmicos das fases iniciais, superadas na medida em que estes se apropriam da vida universitária e se asseguram de que serão bons médicos. Ainda assim, as falas convergem para necessidade de modificações que viabilizem mais tempo para o lazer e o descanso, a fim de zelar pela saúde mental e física dos acadêmicos. Os resultados serão compartilhados com a gestão da universidade suge-

rindo mudanças e melhorias nos aspectos negativos apontados pelos estudantes. A Figura 1 apresenta uma síntese dos resultados encontrados.

Os estudantes foram estimulados a redigir diários de pesquisa nos quais uma metáfora da realidade poderia ser registrada a partir do olhar singular de cada um deles sobre a implantação e a vivência no curso. Após essa construção, o diário se torna um objeto de análise utilizado para avaliar as percepções em relação à formação médica com toda a carga emocional de quem está envolvido nesse processo formativo. É uma ótima estratégia para revelar posicionamentos e desabafos sobre as aflições sentidas no espaço universitário.

No diário de pesquisa, segundo Lourau (1993), o narrador, com o intuito de refletir sobre sua atividade de diarista, narra todo o contexto histórico-social que possui relação com a pesquisa. O autor acredita que o diário é um espelho no qual há reflexo sobre o processo de se fazer pesquisa, e que por fim restitui o trabalho de campo. Isso, por sua vez, tem a capacidade de aproximar o leitor do dia a dia do pesquisador, conhecendo de forma realista o processo de pesquisa sem fantasias ou ilusões fora de proporções. O processo de escrita proporciona com essa situação diária de reflexão uma dessensibilização no que tange ao entendimento da neutralidade do pesquisador (LOURAU, 1993).

O ato de refletir e registrar o vivido é entendido como elemento mediador da experiência, podendo proporcionar a (re)construção e a (res) significação dela, a partir de um processo autoanalítico de suas implicações (OLIVEIRA, 2012; BORGES; SILVA, 2020). Foi assim que o processo de redação de diários contribuiu para fomentar o envolvimento dos estudantes com o objeto de estudo – a formação médica – além de ampliar reflexões e gerar um rico produto de análise para o projeto guarda-chuva.

Figura 1 – Síntese da análise da categoria “Fragilidades e consequências do curso para a saúde dos estudantes”

Fonte: Os autores (2020).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência contribuiu para o envolvimento dos estudantes com uma atividade de pesquisa qualitativa, até então inédita aos alunos participantes, além da possibilidade de expressão, avaliação e crítica no que tange ao processo formativo vivenciado por eles, uma vez que o trabalho contou com total abertura para os participantes se expressarem.

Nas avaliações periódicas realizadas pelos CCR, os estudantes verbalizaram maior compreensão sobre a “nova” formação médica, o rompimento de preconceitos e a aproximação com a compreensão real relacionada a esse cenário. Nessa lógica, conseguiram aprofundar reflexões e fazer colocações capazes de qualificar o processo de construção do curso.

A estratégia de ensino com atividades de pesquisa na graduação representa, portanto, uma potencialidade para qualificar o ensino, uma vez que estimula a autonomia, a crítica e a autocrítica e o comprometimento dos estudantes. Especificamente no que se refere à experiência relatada, notou-se grande apropriação e envolvimento dos estudantes com a temática trabalhada, o que contribui para qualificar o processo de implantação do curso.

REFERÊNCIAS

AMORIM, B. B. *et al.* Saúde mental do estudante de Medicina: psicopatologia, estresse, sono e qualidade de vida. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 245-254, 30 jul. 2018.

BAMPI, L. N. DA S. *et al.* Qualidade de vida de estudantes de medicina da Universidade de Brasília. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 217-225, jun. 2013.

BORGES, F. A.; SILVA, A. R. N. DA. O diário de pesquisa como instrumento de acompanhamento da aprendizagem e de análise de implicação do estudante/pesquisador. **Interface (Botucatu, Online)**, p. e190869-e190869, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Disponível em: http://http://maismedicos.gov.br/legislacao. Acesso em: 14 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de Novembro de 200**1. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União, 9 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CNS nº 3 de 20 junho de 2014**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em:15 ago. 2018.1

BRIANI, M. C. O ensino médico no Brasil está mudando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, p. 73-77, 28 jun. 2021.

CONCEIÇÃO, L. DE S. *et al.* Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros: uma revisão sistemática da literatura. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, v. 24, n. 3, p. 785-802, dez. 2019.

FIGUEIREDO, A. M. de *et al.* Percepções dos estudantes de medicina da UFOP sobre sua qualidade de vida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 4, p. 435-443, dez. 2014.

FONSECA, G. S.; SOUZA, J.V. G. de. A narrativa de um percurso formativo: (re) significando a formação médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, ano?

FRANCO, C. A. G. DOS S.; CUBAS, M. R.; FRANCO, R. S. The medicine curriculum and competences proposed for curriculum guidelines. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 2, p. 221-230, jun. 2014.

KINALSKI, D. D. F. *et al.* Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 424-429, abr. 2017.

LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MACHADO, C. D. B. *et al.* Brazilian Medical Education: a Historical Analysis of Academic and Pedagogical Education. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 66-73, dez. 2018.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento. *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 83-107.

MUYLAERT, C. J. *et al.* Narrative interviews: an important resource in qualitative research. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe 2, p. 184-189, dez. 2014.

OLIVEIRA, M. C. S. L. Narrativas e desenvolvimento da identidade profissional de professores. **Cad. CEDES**, v. 32, n. 88, Campinas, set./dez. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**, *Campus* Chapecó, novembro de 2018.

ROCHA, V. X. M. **Reformas na educação médica no Brasil:** estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina

de 2001 e 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós--Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos, SP, 2018.

SORDI, M. R. L. D. *et al.* Experiência de construção coletiva de instrumento autoavaliativo a serviço da formação médica referenciada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) pautadas no Programa Mais Médicos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190527, 17 jan. 2020.

SCHVINGEL, C.; GIONGO, I. M.; MUNHOZ, A. V. GRUPO FOCAL: UMA TÉCNICA DE INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA. **Debates em Educação**, v. 9, n. 19, p. 91, 20 dez. 2017.

AUTORES E COLABORADORES

ADRIANA REMIÃO LUZARDO

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Gestão e Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e em Gerontologia pelo Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI)/UFSC. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul UFFS), *Campus* Chapecó – Professora Adjunta.
E-mail: adriana.luzardo@uffs.edu.br

AGNES DE FÁTIMA PEREIRA CRUVINEL

Fonoaudióloga pela Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP). Mestre em Saúde Coletiva e doutora em Ciências pela Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB - USP). Estágio de Doutorado pela ACTA/Amsterdam-Holanda. Docente de Saúde Coletiva e de Comunicação em Saúde do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó. Docente do Curso de Especialização em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó. Coordenadora do Laboratório de Inovação e Ensino em Comunicação e Humanidades em Saúde (LABCS-UFFS).
E-mail: agnes.cruvinel@uffs.edu.br

ALENCAR DE CARVALHO LOPES

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: zepoljales@hotmail.com

AMANDA BOFF

Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS),
Campus Chapecó (SC).
E-mail: manda.boff@gmail.com

ANA PAULA RODRIGUES

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: anabarasuol@hotmail.com

ANDRÉ FELIPE COSTELA

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: andre.felip@icloud.com

ANGÉLICA DE ALMEIDA

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: angelica_alm@hotmail.com

ANNE LISS WEILER

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: anne_weiler@hotmail.com

BÁRBARA BREDA

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: barbarasbreda@gmail.com

BETÂNIA FRANCISCA DOS SANTOS

Estudante do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: betania447@hotmail.com

BRUNA VALE LEAL

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: bruleal23@gmail.com

CARLOS RENATO RODRIGUES FILHO

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: carlosrenatofilho@hotmail.com

CAROLINA MARTINS DE MAGALHÃES

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: carolmmagal@hotmail.com

CÍNTIA KRILOW

Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: cintiakrilow95@hotmail.com

CHRISTIE KLÜSSNER ROSA

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó (SC).
E-mail: christieklussner@outlook.com

DACIELE PAOLA PRECI

Biomédica pela Universidade Luterana do Brasil.
Estudante do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: dacielepreci@hotmail.com

DIEGO AMADORI FLORES

Médico pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: diegoamadorif@gmail.com

EDUARDO CAMARGO SCHWEDE

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: eduardoschwede@bol.com.br

DYELLE HINGRID GONÇALVES GONTIJO

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: dyellehingridgontijo@outlook.com

FELIPE COMIN

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: felipecomin9@gmail.com

FELIPE ONGARATTO

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: felipeongarato@gmail.com

GABRIEL MILAN EBERS

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail:gab.mil.eb.s@outlook.com

GABRIELLA GARCIA DA SILVA

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: gaby_@live.co.uk

GILNEI FITLER SOARES

Estudante do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: gilneifitler@gmail.com

GIOVANNA MARCONATO NOAL

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: giovanna.noal@gmail.com

GRACIELA SOARES FONSÊCA

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Especialista em preceptoria no Sistema Único de Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Mestre e Doutora em Ciências Odontológicas, com área de concentração em Odontologia Social, pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). Estágio de doutorado "sandwiche" na Escola de Enfermagem da Universidade de Évora, Portugal. Docente de Saúde Coletiva do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC). Docente da Especialização em Saúde Coletiva da UFFS.
E-mail: graciela.fonseca@uffs.edu.br

GUSTAVO HENRIQUE RIDÃO CURTY

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: gustavocurty@gmail.com

IANKA CRISTINA CELUPPI

Enfermeira pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC). Especialista em Auditoria em Saúde pela UNIBF Florianópolis. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
E-mail: iankacristinaceluppi@gmail.com

JANE KELLY DE OLIVEIRA FRIESTINO

Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Mestre e doutora em Saúde Coletiva área Epidemiologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora de Saúde Coletiva do Curso de Graduação em Medicina Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) *Campus* Chapecó (SC). Docente da Especialização em Saúde Coletiva da UFFS.
E-mail: jane.friestino@uffs.edu.br

JÉSSICA DANIELA SCHRÖDER

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: jessi.jds@hotmail.com

JOÃO PAULO DAL MAGRO MOCELLIN

Médico pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: joao_mocellin@hotmail.com

JOÃO VICTOR GARCIA DE SOUZA

Médico pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: jv.garcia1997@bol.com.br

JOANNA D'ARC LYRA BATISTA

Biomédica e mestra em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutora em Saúde Pública, com área de concentração "Epidemiologia, Política e Gestão em Saúde" pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Fez pós-doutoramento em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente de Epidemiologia e Bioestatística e de Saúde Coletiva do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC). Docente da Especialização em Saúde Coletiva da UFFS.
E-mail: joanna.batista@uffs.edu.br

JONATHA WRUCK

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: jonatha_wruck@hotmail.com

JULIA BEATRICE DE ARAÚJO

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: juliab_araujo@hotmail.com.com

JULIA CANCI

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: canci.julia@gmail.com

JULLYE GAVIOLI

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: jullye_gavioli@hotmail.com

KARLLA RACKELL FIALHO CUNHA

Estudante do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: karlla.rackell@gmail.com

LARA RIBEIRO CRUZ

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: laracruzlrc@gmail.com

LAURA LANGE BIESEK

Médica pela Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
laura.biesek@hotmail.com

LAURA NYLAND JOST

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Passo Fundo (RS).
E-mail: lauranjost@hotmail.com

LEONARDO FÉLIX COREZZOLLA

Médico pela Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: leonardo.corezzolla@gmail.com

LEONARDO MOREIRA DAMASCENO

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: leonardodamasceno@hotmail.com

LEONI ZENEVICZ

Enfermeira. Doutora em Gerontologia Biomédica pela PUC-RS. Professora nos Cursos de Enfermagem e Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Chapecó (SC). Coordenadora do Projeto de Extensão Cuidados Paliativos e Espiritualidade: Linhas Entrelaçadas no Cuidado ao Paciente Oncológico, Familiares e Equipe Multiprofissional: Projeto LUZES. Integrante do Grupo de Pesquisa GEPEGECE Estudos e pesquisas em gestão, cuidado e educação em saúde e enfermagem.
E-mail: leoni.zenevicz@uffs.edu.br

LETÍCIA DE SOUZA E SILVA

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail:leticiasouza96rj@gmail.com

LÍLIAN BASSEGGIO

Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: lilibaseggio@gmail.com

LORRAYNNE CAMILA MOREIRA

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: lorraynnecamila497@gmail.com

LUIZ HENRIQUE CORREA BAGGIO

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: luizbaggio15@gmail.com

MAICON MADUREIRA

Médico pela Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: maiconmadureira119@gmail.com

MAÍRA ROSSETTO

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente de Saúde Coletiva do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC). Docente da Especialização em Saúde Coletiva da UFFS.
E-mail: maira.rossetto@uffs.edu.br

MARCELO TEDESCO VIDAL PINTO

Médico pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: marcelotvidal@gmail.com

MARIA ENEIDA DE ALMEIDA

Biomédica pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Saúde Coletiva pela UEL e em acupuntura pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Paraná. Mestre e doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Docente de Saúde Coletiva do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC). Docente da Especialização em Saúde Coletiva da UFFS.
E-mail: maria.almeida@uffs.edu.br

MANUELA CHRISTIANETTI

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: manuelachristianetti@gmail.com

MARCOS DIAS WORDELL

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: tkd_3@hotmail.com

MARCOS VINICIUS PEREZ LOVATTO

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: marcosrf2204@hotmail.com

MATHEUS RIBEIRO BIZUTI

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: matheus_ribeiro.bizuti@hotmail.com

MILLENA DAHER MEDEIROS LIMA

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: mldaher27@gmail.com

NÁGILLA MOREIRA CORDEIRO

Estudante do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: nagilla.moreirac@gmail.com

PAULO HENRIQUE DE ARAÚJO GUERRA

Educador Físico pela Universidade Paulista (UNIP). Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP). Docente de Saúde Coletiva do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC). Docente da Especialização em Saúde Coletiva da UFFS. Docente Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Atividade Física da Universidade de São Paulo.
E-mail: paulo.guerra@uffs.edu.br

PAULO ROBERTO BARBATO

Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Saúde Pública, área de concentração Epidemiologia, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente de Saúde Coletiva do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC). Docente e coordenador da Especialização em Saúde Coletiva da UFFS.
E-mail: paulo.barbato@uffs.edu.br

PEDRO HENRIQUE CASANOVA

Médico pela Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: casanova.pedroh@gmail.com

RAFAELA REIS RIBEIRO

Estudante do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: rafaelareisr@outlook.com

RAÍSSA VICTORINO FARIA SILVA

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).

E-mail: raissaa_f@hotmail.com

REGES ANTÔNIO DEON

Enfermeiro pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Especialista em Saúde Pública pela Unopar e em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atua na Prefeitura Municipal de Chapecó (SC).

E-mail: reges.deon@hotmail.com

RENAN MARTINELLI LEONEL

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).

E-mail: renanmartinellileonel@hotmail.com

RITA DE KÁSSIA SOARES PINHEIRO

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).

E-mail: rita.pinheiro26@gmail.com

ROGER AUGUSTO CARNEIRO RUCKS

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).

E-mail:roger@mhnet.com.br

ROGGER ELANO HOELTGEBAUM RODRIGUES

Médico pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).

E-mail: roggerhoeltgebaum@gmail.com

RUBIELI SILVANI BADALOTTI

Psicóloga pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECO). Especialista em Neuropsicologia. Gerente de saúde, ensino e promoção social da Diretoria da Penitenciária Agrícola de Chapecó.
Email: gesepchapeco@deap.sc.gov.br

SOLANGE DE FÁTIMA CARDOZO DANELUZ

Fisioterapeuta pela Universidade Tuiuti do Paraná. Especialista em Fisioterapia Ortopédica, Traumatológica e Desportiva pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão. Especialista em Docência Superior na Área da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela Universidade do Vale do Itajaí. Coordenadora das Práticas Integrativas Complementares na Secretaria de Saúde de Chapecó (SC) (na época da escrita do texto).
E-mail: soldaneluz@hotmail.com

TÁLIA CÁSSIA BOFF

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: taliaboff10@gmail.com

TAMÍRES HILLESHEIM MITTELMANN

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: tamiresmittelmann@gmail.com

TAMMY STEPHANIE MASSOLIN ALBRECHT COSTA

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: tammy.masolin@hotmail.com

TIAGO HENRIQUE TOLDO DE MELO

Médico pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail*: mello_tiago@hotmail.com*

THIAGO INÁCIO TEIXEIRA DO CARMO

Estudante do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: thiagoinacioteixeiradocarmo@gmail.com

VANESSA VITÓRIA KERKHOFF

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: vane.kerkhoff@gmail.com

VENIR BALDISSERA

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: venirbaldissera@gmail.com

VIVIANE WERNER

Estudante de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó (SC).
E-mail: vivi.m.souza@gmail.com